

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УДК 616.34-007.272-071:616-053.3

Иброхим Хурозович Ашуров

**Болалардаги странгуляцион ичак тутилишида даволаш-ташхислаш
усулларини оптималлаштириш**

5A510202–Болалар госпитал хирургияси

Магистр даражасини олиш учун диссертация

Илмий рахбар:

т.ф.д проф. Эргашев Н.Ш.

Тошкент – 2015йил

АННОТАЦИЯ

Актуальность проблемы: Острая кишечная непроходимость (ОКН) на протяжении многих лет остается одной из актуальных проблем оперативной хирургии. В системе механической кишечной непроходимости странгуляционная кишечная непроходимость составляет 74%, из которой спаячный вид – 52,5%, заворот – 12%, узлообразование – 5,6%, ущемление – 9,9% и смешанный вид кишечной инвагинации – 20%.

Цель исследования: оптимизация тактики диагностики и лечения при странгуляционной кишечной непроходимости у детей на основе ранней диагностики и выбора метода операции.

Научная новизна: исследовательская работа является научно-практическим исследованием, посвященным решению важной проблемы диагностики странгуляционной кишечной непроходимости и выбору методов ее лечения.

В работе определены результаты исследования, выявлены объемы и длительность консервативной терапии, факторы определения характера оперативного вмешательства, анатомические условия ОКН и факторы риска развития.

ABSTRACT

Actuality of problem : The Sharp bowel obstruction (SIL)during many years remains one of issues of the day ofoperative surgery. In the system of mechanical bowelobstruction a strangulation bowel obstruction makes 74% tothat joint kind 52,5%,volvulus 12%,key5,6%,restriction 9,9% the mixed type of intestinal invagination- 20%.

Research aim: optimization of tactics of diagnostics andtreatment at a strangulation bowel obstruction for childrenon the basis of early diagnostics and choice of method ofoperation.

Scientific novelty: research work is research and practiceresearch, to the decision of importantproblem of diagnostics of strangulation bowel obstruction and choice of methods of her treatment.

Research results are in process certain, volumes and duration of conservative therapy, factors of determination of character of operative intervention, anatomic terms of SIL and risk of development factors are reduced.

АННОТАЦИЯ

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) кўп йиллардан бери шошилишч хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Механик ичак тутилиши тузилмасида странгуляцион ичак тутилиши 74% ни ташкил қилади, шундан битишмали тури – 52,5% ни, буралиб қолиш – 12% ни, тугун ҳосил бўлиши – 5,6% ни, қисилиш – 9,9% ва аралаш тури ичак инвагинацияси 20% ни ташкил қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: эрта ташхислаш ва операция усулини танлаш асосида болалардаги странгуляцион ичак тутилишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини оптималлаштириш.

Илмий янгилик: тадқиқот иши странгуляцион ичак тутилиши диагностикасининг долзарб муаммосини ҳал қилишга ва даволаш усули тактикасини танлашга бағишланган илмий-амалий тадқиқот ҳисобланади.

Натижалари аниқланиб консерватив терапиянинг ҳажми ва давомийлигини, клиник материалдаги оператив аралаш иш характерини белгилаш, ўткир СИТнинг анатомик шартлари ва ривожланиш хавфи омилларини аниқланган.

МУНДАРИЖА

Кириш.....	2
I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ.	6
1.1. Мамлакатни модернизация қилиш ва кучли фуқаролик жамиятини қуриш – бизнинг бош устувор мақсадимиз. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримовнинг 2013 йил 18 январь Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг мажлисидаги марузаси.....	6
1.2. Болаларда ўткир странгуляцияли ичак тутилишларида таххислаш ва даволашнинг замонавий усуллари.....	11
1.3. Болаларда ЎСИТда диагностика усуллари ва хирургик ёндошувлар.....	16
1.4. ЎСИТ билан оғриган беморларни хирургик даволаш	22
I БОБ хулосаси.....	31
II БОБ ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ	32
2.1. Тадқиқот материали.....	32
2.2. Текшириш усуллари.....	38
2.3. ЎСИТ клиник намоён бўлиши ва қўшимча текшириш усуллари нинг натижалари тахлили. ЎСИТ клиник намоён бўлиши.....	41
2.4. ЎСИТ билан оғриган беморларда қоннинг клиник ва биохимик кўрсаткичларининг тахлили.....	43
2.5. Ўткир ичак тутилишида ультратовушли текширувлар натижаларининг тахлили.....	47
2.6. Ўткир странгуляцион ичак тутилишларида рентген текшириш натижалари тахлили.....	54
II БОБ хулосаси.....	58
III БОБ ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАХЛИЛ	60
3.1. ЎСИТ ли беморларни операция олди тайёрлаш.....	60

III БОВ хулосаси.....	69
Хотима	70
Хулосалар	74
Амалий тавсиялар	75
Мақола ва тезислар.....	75
Адабиётлар рйхати.....	77

ҚИСҚАЧА СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

- АЛТ** – Аланин-аминотрансфераза
- АСТ** –Аспартат-аминотрансфераза
- ИИ** –Инттоксикация индекси
- МРТ** –Магнит-резонансли томография
- ЎММ**– Ўртача молекуляр масса.
- ЎСИТ**– Ўткир странгуляцион тчак тутилиш
- ЎИТ**- Ўткир ичак тутилиш
- УТТ** – Ултраовуш тулқинли ташхислаш
- ИФ** –Ишқорий фосфотаза
- ИИ** - Интоксикация индекси
- АИМ** - Айланиб юрвчи иммун мажмуалар
- КОБ** - Коллоид-осмотик босим
- ЭЧТ** – Эритроцитлар чўкиш тезлиги.
- БИТ** - Битишмали ичак тутилиши
- 2-Сон БЖКШ-2**- сонли болалар жаррохлик клиник шифохонаси.
- ЎБИТ** -Ўткир битишмали ичак тутилиши.
- РДК** – Рангли дуплекс карталаш
- ЭхоКГ** -Эхокардиография
- ЭКГ** - Электрокардиография
- КТ** – Кампютер томография
- СТИ**- Странгуляцион ичак тутилиш
- ОИТ**- Ошқозон ичак тракти
- ИТ**- Ичак тутилиши
- ЭОП**- Электрический общирный прибор

КИРИШ

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) кўп йиллардан бери шошилишч хирургиянинг энг мураккаб ва долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижалари клиницистларни қониқтирмайди ва яхшилашни талаб қилади. Механик ичак тутилиши тузилмасида странгуляцион ичак тутилиши 74% ни ташкил қилади, шундан битишмали тури – 52,5% ни, буралиб қолиш – 12% ни, тугун ҳосил бўлиши – 5,6% ни, қисилиш – 9,9% ва аралаш тури ичак инвагинацияси 20% ни ташкил қилади[1,5,9].

ЎИТ да операциядан кейинги ўлим билан тугаш ҳолатларини таҳлил қилган ҳолда бир қатор муаллифлар беморларнинг шифокорларга кеч мурожаат қилишларининг 36,9% ҳолатда нохуш оқибатларнинг сабаби эканлигини аниқладилар[2,19,26]. Шу билан бир вақтда ташхислашдаги хатоликлар ва бунинг оқибати сифатида кечиккан операция 49,2% ҳолатда, операция вақтида тактик ва техник хатолар эса - 13,8% ҳолатда ўлим билан тугашининг сабаби бўлган.

Бундан ташқари болаларда қорин бўшлиғидаги битишма ҳосил бўлиш жараёни кузатувларнинг 7% дан кўпроғида прогрессив зарарли кўриниш касб этади, бу эса битишмали ичак тутилишининг такрорланувчи клиник кўринишини ҳосил қилади.

Муаммонинг турли жиҳатларини ўрганиш асосида битишмалар ҳосил бўлишининг сабаблари ва патогенези тўғрисида бир қатор гипотезалар илгари сурилган. Бу организмнинг ичак микрофлорасига нисбатан сенсibilзация назарияси, яллиғланишнинг патологик ўчоғини чегаралашдан иборат ҳимоя реакцияси томонидан бузилган ишемия назарияси, одамнинг битишмалар ҳосил бўлишига нисбатан мойиллиги назарияси ва бошқа кўпгина назариялар. Эрта битишмалар ҳосил бўлишининг вужудга келиши сабабларининг турлича талқин қилиниши

хар бир назария алоҳида ҳолда битишмалар ҳосил бўлиши патогенезининг моҳиятини очиб бера олмайди, деб фараз қилишга имкон беради. Ушбу жараённинг ривожланишини ягона механизмини тақдим этиб ҳам бўлмайди[25,27,45]. Қоринда битишмаларининг вужудга келишининг сабаблари сифатида кўпчилик тадқиқотчилар операция вақтида тери бутунлиги, мушак массалари, апоневрозлар, париетал қорин пардасини бузиш билан анъанавий “очик” лапаротом киришнинг юқори даражадаги жароҳатлилиги, қорин бўшлиғида инфекцияларнинг мавжудлиги ва хирургик аралашувни ўтказгандан кейинги узоқ муддатли ичак парези деб ҳисоблайдилар. Бундан ташқари СИТ касаликлари қаторида болаларда ўткир инвагинацион ичак тутилиши бошқа ичак тутилиши турлари ичида салмоғи юқори ва странгуляция билан ҳам кечади.

Хирургия ривожланишининг замонавий босқичида операциядан кейинги поретик интенсив терапиянинг ютуқларига қарамасдан ЎИТ билан оғриган беморларни даволаш натижаларини қониқарли деб бўлмайди, чунки ўлим билан тугаш ҳолатлари 17-21% ни ташкил қилади [5,6,44,46].

Сўнгги йиллардаги ўрганишлар ЎИТ ни ультратовуш ёрдамида эрта ташхислаш мумкинлигини исботлайди ва касаллик эхосемиотикаси етарли даражада кенг ёритилган.

Ташхислашнинг рентгенологик усули бугунги кунда ЎИТ нинг юқори даражадаги информатив усули ҳисобланади, бироқ юқори даражадаги нурланиш, такрорий ўрганишлар зарурлиги кўпинча оперцион аралашувнинг ноўрин чўзилишига олиб келади. ЎИТ нинг замонавий ташхисидаги мавжуд қийинчиликлар кўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг турли касалликлари билан дифференциаллаш зарурати ва ичакнинг функционал тутилиши билан боғлиқдир. Шу мақсадда ҳозиргача кенг қўлланиб келаётган анъанавий рентгенологик усул узоқ вақт кўп марталик ўрганишларни талаб қилади, боланинг

ўсиб бораётган организмга ноҳуш радиацион таъсирга эга ва ўткир ичак тутилишини истисно қилиш ёки унинг мавжудлигини тасдиқлашгагина имкон беради. Шунинг учун ҳозирги давр талаби ЎИТ ни ташхислашнинг юқори информатив усулларидан (лапароскопия, УТТ, КТ,) фойдаланиш долзарб ҳисобланади.

Странгуляцион ичак тутилишини ташхислаш ва даволашнинг мавжуд усуллари долзарблиги боис ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришни ва беморларнинг шу контингенти ўртасида яшовчанликни кўтариш заҳираларини излашни талаб қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: эрта ташхислаш ва операция усулини танлаш асосида болалардаги странгуляцион ичак тутилишларда ташхислаш ва даволаш тактикасини оптималлаштириш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

- 1.2010-2014 йиллар мобайнида клиникада СИТ билан даволанган беморлар таҳлили асосида касалликнинг нозологик турлари ва уларни салмоғини аниқлаш.
2. СИТнинг сабабларини аниқлаш ва клиник намоён бўлишини таҳлил қилиш.
- 3.СИТ ларида турли диагностика усулларининг ташхислашдаги аҳамияти ва имкониятларини баҳолаш.
- 4.Болаларда странгуляцияли ичак тутилишларида хирургик ёндошувни таҳлили ва даволашнинг бевосита натижаларини ўрганиш

Теширув объекти ва предмети. Турли омиллар натижасида юзага келган СИТ га чалинган 63 та касал болаларда клиник ва текширишнинг қўшимча усулларини натижаларини таҳлили.

Тадқиқот усуллари: умумклиник, лаборатор, рентгенологик тадқиқот усуллари (қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси, ошқозон-ичак трактининг контрастли текшируви), қорин бўшлиғи аъзолари УТТ ва КТ.

Илмий янгилик: тадқиқот иши странгуляцион ичак тутилиши диагностикасининг долзарб муаммосини ҳал қилишга ва даволаш усули тактикасини танлашга бағишланган илмий-амалий тадқиқот ҳисобланади. Бунда клиника материали ва илмий-адабий манбаларнинг қиёсий таҳлили асосида эришилган натижаларни баҳолаш ва диагностик-тактик ёндошувнинг оптимал турини танлашдан иборатдир.

Натижалари аниқланиб консерватив терапиянинг ҳажми ва давомийлигини, клиник материалдаги оператив аралашини характерини белгилаш, ўткир СИТнинг анатомик шартлари ва ривожланиш хавфи омилларини аниқланган.

Ишнинг амалий аҳамияти: ЎСИТ нинг кечишига қараб даво тактикасини танлаш, актив-консерватив ёндошувда муолажалар кетма-кетлигини танлаш, давомийлигини ва унинг самарадорлигини аниқлаш кўрсатилган. ЎСИТ ларида беморларда қўлланилган текширув усулларининг натижалари чуқур таҳлил қилинган. Оператив муолажага бўлган кўрсатмалар ва тегишли усулларнинг қўлланганлиги тўғрисида кенг маълумотлар берилган. Клиникада қабул қилинган диагностик ва тактик ёндошувнинг самарадорлигини ва бу борадаги камчиликларни аниқлаш асосида рацианол ёндошув таклиф қилинган. Эришилган натижалар кафедранинг клиник базалари: 1 ва 2 ШКБШ ларининг хирургия бўлимларининг амалий фаолиятига киритилган.

ДИССЕРТАЦИЯ УЧУН ЧОП ЭТИЛГАН МАҚОЛАЛАР.

Диссертацияга оид 3та чоп этилган илмий иш бўлиб: 1та мақола ва 2та тезис.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ ТУЗИЛИШИ ВА ХАЖМИ.

Диссертация 82 варақдаги компьютер текстидан ташкил топган бўлиб, кириш қисми, 3 та боб, хотима, хулосалар ва амалий тавсияларни ўз ичига олади. Диссертацияда 16та жадвал ва 17 та расм келтирилган.

Кўрсатмали адабиётлари 1та , асосий адабиётлари 8та, қўшимча адабиётлар 46та.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

1.1. Мамлакатни модернизация қилиш ва кучли фуқаролик жамиятини қуриш – бизнинг бош устувор мақсадимиз. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримовнинг 2013 йил 18 январь Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг мажлисидаги марузаси

Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан таъкидлаб ўтилганидек, “Соғлом авлод деганда, шахсан мен, энг аввало, соғлом наслни, нафақат жисмонан бақувват, шу билан бирга, руҳи, фикри соғлом, иймон-эътиқоди бутун, билимли, маънавияти юксак, мард ва жасур, ватанпарвар авлодни тушунаман. Буюк давлатни фақат соғлом миллат, соғлом авлодгина қура олади”.

Соғлом авлод ғояси замонавий жамият учун устувор вазифа бўлганлиги учун ўсиб келаётган авлодни соғлом ва баркамол насл қилиб тарбиялаш учун энг аввало уларда соғлом онгни шакллантириш лозим. [1]

Соғлом онг одамнинг тиббий, жисмоний, руҳий, маънавий ва ғоявий соғлиғини ҳимоя қилишга йўналтирилган, ўзининг тарихий ўзига хос хусусиятларига эга бўлган ижтимоий, иқтисодий ва маънавий кадриятлардан ташкил топади, у моҳиятан ғоялар, дунёқарашлар, тушунчалар, ҳаракатлар, билимлар, тажрибалар, кўникмалар ва одамнинг саломатлигини ҳимоя қилиш ва таъминлашга йўналтирилган фаолиятга тайёрликнинг қўшилишига баробардир.

Замонавий Ўзбекистоннинг умуммиллий мафкураси бўлган баркамол авлодни тарбиялаш масалаларида ва айниқса кўриб

чиқилаётган мавзу – соғлом онгни шакллантиришнинг педагогик моҳиятида унинг бир қатор ўзига хос хусусиятлари намоён бўлади.

Биринчидан, Ўзбекистон Республикасида мустақилликнинг дастлабки йилларидан бошлаб янги авлодни соғлом ва уйғун ривожлантиришга йўналтирилганлик демократик фуқаролик жамияти ва ҳуқуқий давлатни яратиш тамойилларига мувофиқ ҳолда ривожланди. У давлат сиёсатининг устувор йўналишларидан бири сифатида сифатида белгиланди. Ўзбекистондаги соғлом авлод ғояси (а) тарихий миллий анъаналар, (б) замонавий дунёқарашлар, (в) илғор умуминсоний қадриятларни ўзида гавдалантирди. Шу сабабли биз учун соғлом онг тушунчаси демократик ва фуқаролик жамиятининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган ҳам ғоявий, ҳам ижтимоий, ҳам жисмоний жиҳатдан соғлом онгнинг сифат хусусиятларини ўзида гавдалантириши муҳимдир. Бу бир томондан. Бошқа томондан эса у фаол ҳаётга тайёрланаётган ҳозирги авлод ва уни авлоддан авлодда узатиш учун кейинги авлодларнинг онгига айланиши керак.

Иккинчидан, замонавий дунёдаги илм-фаннинг ривожланиши, тиббиёт, социологик, ижтимоий фанларнинг тез ўсиб бориши Ўзбекистон тарихида соғлом онг масаласига оид минг йиллар давомида шаклланган диний-эстетик ва маънавий дунёқарашларнинг мавжудлиги билан биргаликда уларни қайтадан ўрганиб чиқиш, ёритиш, тизимлаштириш, тегишли замонавий ғояларни танлаб олиш ва саломатлик ва унинг ҳимоясига оид сўнгги инновацион қарашлар билан биргаликда янги авлодга етказиш тўғрисидаги масалани кўндаланг кўяди. Шунинг учун соғлом онг масаласи бўйича мавжуд нуқтаи-назарларни миллий ва умуминсоний қадриятлар призмаси орқали қайтадан кўриб чиқиш ва кенг тарғиб қилиш муҳим вазифа ҳисобланади. Учинчидан, соғлом онг ўзини амалий қўллашни талаб қилади. Яъни кўп миллионли аҳоли ҳаётига қўллаш, аниқ бир одамлар ҳаётига қўллаш. Соғлом онг фақат онглигича қолиши мумкин эмас. У

кейинги босқичларда соғлом маданият, соғлом турмуш, соғлом яшаш тарзи даражасида ўз қўлланишини топиши керак. Онг фақат аниқ бир одам ҳаётида амалда қўлланилганида ва унга ҳамда унинг атрофидагиларга фойда келтирганидагина ўз самарадорлигини ишончли тарзда исботлайди. Шунинг учун соғлом онг тоифасининг моҳияти соғлом онгни қандай йўллар, воситалар, усуллар билан шакллантириш кераклиги тўғрисидаги масалани тўғри ҳал қилиш билан биргаликда унинг педагогик тизими ва жараёнларини тўғри англаб етиш ва танлашдан иборатдир. Ўзбек миллий-ментал онгида саломатликка йўналтирилган ғоялар ҳамма замонларда бўлган ва улар кенг тарғиб қилинган. Оилаларда болалар ўз соғлиғи ва ўз яқинларининг соғлиқларини ҳимоя қилиш, турли стрессли ҳолатларнинг олдини олиш, соғлиқни унга зарар етказиши мумкин бўлган ҳар қандай нохуш ҳодисалардан сақлаш анъаналарида тарбияланган. Масалан, ўзбекларнинг дастурхон атрофидаги овқатланишдан аввалги биринчи дуоסי бўлиб ҳозиргача “Тинчлик, фаровонлик ва саломатлик бўлсин!” ҳисобланади. “Тинчлик, фаровонлик ва саломатлик” ғояларининг бирлиги авлоддан авлодга одамлар онгида ривожлантириб келинган. Ҳар қандай иш, ҳар қандай фаолиятни ўзбеклар анъанага кўра “саломатлик” сўзи билан бошлайдилар ва тугатадилар. Соғлом одамга нисбатан хайрихоҳлик ва ҳурмат билан муносабатда бўлишган. Яъни одамлар ўзларига ҳам шундай саломатликни тилашган. Одамлар байрам кунлари бир-бирларига саломат бўлишларини тилашган ва ўсиб келаётган авлодни ҳам шунга ўргатишган. Ўзбекларнинг илдизи асрларга кетган тарихий кадриятлари тузилмасида саломатлик тушунчасининг икки қирраси доимо ўзининг ёрқин ифодасини топган. Бу: (1) тана соғлиғи ва (2) соғлом маънавий-руҳий онг. Тана соғлиғи одамнинг тиббий ва жисмоний соғлиғи кўрсаткичларини ўзида гавдалантиради, маънавий-руҳий саломатлик эса соғлом руҳ кўрсаткичларини акс эттиради. Инсоний самимийлик ўзбекларда

бошқаларга нисбатан инсоний муносабат, хурмат, мулоқот қилишдаги очқлик ва сидқидиллик, меҳмондўстлик, хушмуомалалик, тинч ва хотиржам ҳаёт, ушбу сифатларнинг амалда гавдаланиши ва ушбу кадриятларнинг ҳаётий меъёрларга айланишини англатади.

Шундай қилиб соғлом онгни тарихий-ижтимоий, фалсафий-рухий, маънавий-эстетик тоифа сифатида аниқласак тўғри бўлади. Яна шуни таъкидлаш керакки, соғлом онг мазмуни замон руҳига мос тарзда, доимо ривожланиб ва такомиллашиб борган ҳолда, янги билимлар ва тажриба, тиббиёт ютуқлари, соғлом ҳаёт тарзининг имкониятлари, жамият прогрессига тегишли бўлган барча янгиликларни ўз ичига олади. Бунинг исботи бўлиб мустақиллик йилларида тарғиб қилинганидан кейин кўпчилик одамларнинг онгли равишда ўзларини буқоқ, камқонлик, сил каби ижтимоий хасталиклардан ҳимоялаш йўлига ўтганликлари, шундай хасталикларнинг вужудга келишининг асосий белгилари ва сабабларини яхши билишлари ва шунинг учун ҳам кўрсатиб ўтилган касалликлар сони камайиб бораётганлигини ҳамда аёллар томонидан бола иммун тизимини мустаҳкамлашдаги она сутининг аҳамиятини англаб етишлари ҳисобланади. Аҳолининг кенг қатламлари орасида тиббий билимларни тарғиб ва ташвиқот қилиш натижасида аҳолининг соғлом онги фойдаси томонга керакли силжиш муваффақиятли амалга оширилди. Шунинг учун (1) ўзгариб бораётган ижтимоий-иқтисодий турмуш, илм-фаннинг ривожланиши, глобализация, замонавий экологик, молиявий, ғоявий таҳдидлар – буларнинг барчаси соғлом онг тушунчаси мазмунини мунтазам равишда бойитиб, ўзгартириб боради. (2) Ўзбекистон Республикасида ўтказилаётган маориф соҳасидаги чуқур ислохотлар ва миллий таълим тизимини шакллантириш вазифасининг талаби бўлиб ўзгариб ва такомиллашиб бораётган соғлом онг тушунчасининг барча янги маъноларини таълим тизимига бирлаштириш, унинг мазмунини мунтазам равишда бойитиб бориш ва ўқувчилар, ўқитувчилар ва

талабалар тафаккурида соғлом онгни шакллантириш ҳисобланади. (3) Соғлом онгни шакллантириш вазифаси ушбу соҳадаги ваколатли ижтимоий-сиёсий тузилмалар ва институтлардан – жамладан (а) таълим тизими, яъни мактаблар, олий таълми тизими; (б) оила, яъни ота-оналар, оила аъзолари в фарзандлар; (в) тиббий ва соғломлаштириш муассасалари ва ниҳоят (г) нодавлат тизим, масалан, маҳаллалардан аҳолининг кенг қатламларида соғлом онгни шакллантиришга йўналтирилган ҳаракатларни ташкиллаштиришни талаб қилади.

Шу нуқтаи-назардан соғлом онг замонамизнинг энг муҳим ижтимоий-фалсафий ва педагогик-психологик ғояларидан бири сифатида намоён бўлади. Соғлом онгга эга бўлиш мақсадга йўналтирилган ўқув-тарбия жараёнида шаклланувчи маънавий-этик сифат ҳисобланади.

Соғлом онгга эга бўлиш индивидуумни шахс сифатида такомиллаштиришда энг муҳим ўринлардан бирини эгаллайди. Чунки бола туғилган вақтдан бошлаб унинг соғлиғи тўғрисидаги масала бирламчи вазифа, оиланинг эҳтиёжи ва интилишига айланади. Бироқ бунда оила, мактаб томонидан кўрсатиладиган, ижтимоий муҳит билан ташкиллаштириладиган унинг соғлиғини ҳимоя қилиш бўйича шароитларни яратиш тўғрисида қайғуришгина муҳим бўлиб қолмасдан, боланинг онгида ўз соғлиғини ҳимоя қилишга йўналтирилган онгни шакллантириш ҳам муҳим ҳисобланади. Чунки фақат одамда соғлом онг мавжуд бўлгандагина у яшайдиган ижтимоий муҳитда ўз саломатлигини ҳимоя қилиш учун тўлиқ шароитлар, унинг ўз саломатлигини ҳимоя қилиш йўлига туриши учун потенциал имкониятларни яратиш мумкин бўлади. Саломатлик шундай қадриятки, уни шу тушунчанинг тўлиқ маъносида фақат унинг эгаси ҳимоя қилиши мумкин. Ўз саломатлигини тўлиқ ҳимоя қилишни эса фақат соғлом онгга эга бўлган одамгина бажариши мумкин.

Умуман олганда соғлом фикр ва уни шакллантиришнинг турли педагогик концепциялари, соғлом фикрнинг ёшга оид ўзига хос хусусиятлари ва уни шакллантиришдаги педагогик услубиятлар масалалари ҳар томонлама илмий ўрганишни талаб қилади. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, олий таълим муассасалари талаба ёшларида соғлом онгни шакллантиришнинг педагогик концепциялари ҳозиргача ўрганилмаган.

Мустақилликнинг дастлабки кунлариданоқ Ўзбекистонда соғлом ва баркамол авлод масаласига давлат аҳамиятига молик масала сифатида қаралганлиги туфайли миллий педагогикада соғлом ҳаёт тарзи, саломатликни ҳимоя қилишнинг педагогик асослари, гигиена талаблари ва тартиблари масалалари бўйича бир қатор илмий тадқиқотлар ўтказилди. Ушбу тадқиқотлар педагогика фани мазмунини янги талаблар асосида қайтадан кўриб чиқиш учун сабаб бўлиб хизмат қилди.

1.2. Болаларда ўткир странгуляцияли ичак тугилишларида ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари

Ичак тугилиши ёки “илеус” - ичак обтурацияси, ташқи томондан босилиши ёки ичак фаолиятининг бузилиши натижасида ундаги маҳсулот ҳаракатнинг кескин ёки тўлиқ тўхтаб қолиши билан намоён бўлади. Ичак тугилиши турли муаллифлар томонидан қарайиб бир хил тарзда таснифга келтирилган ва у куйидаги қуринишдан иборат (А.С.Сулеймонов 2000)

Этиологиясига қараб :

- а) туғма ичак тугилишлари
- б) орттирилган ичак тугилиш

Механизмига қараб:

- а) механик (странгуляцион, обтурацион ва аралаш (инвагинация)

б) динамик (спастик ва паралитик) ичак тутилишлари тафовут қилинади.

Странгуляцияли ичак тутилиши - нафақат ичак ўтказувчанлигининг бузилиши билангина эмас, балки ичакда қон айланишининг кескин бузилиши билан ҳам характерланади. Бунда ичак туткичининг босилиши ва ундаги қон томирларининг буралиши натижасида ичак деворининг некрози кузатилади. СИТ нинг катта қисмини чандикли ичак тутилиши ташкил қилади ва қуйидагича таснифланади(Баиров Г.А. 1997).

Кузатилишига кўра.

А) Эрта чандикли ичак тутилтилиши. (3 суткагача)

Б) Кечки чандикли ичак тутилиши.(3 суткадан сунг)

Клиник белигис кечувига кура

А)Ўткир

Б) Ўткир ости

В) Жуда ўткир

Болаларда СИТ турлича туғма ва ортирилган омиллар натижасида юзага келади. СИТ нинг клиник белгилари ва уларнинг интинсивлиги касаллик туфайли юзага келувчи патофизиологик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади. СИТ асосий клиник белгилари қориндаги кучли оғриқ билан характерланади. Оғриқ тўсатдан бошланиб, хуружсимон характерда бўлиб, аста-секинлик билан кучая боради, аниқ локализацияси бўлмайди. Касалликнинг бошқа клиник белгиси қусиш бўлиб, унинг характери ва частотаси ичак тутилишининг жойлашувига боғлиқ. Касалликнинг оғир шаклларида ахлатли қусиш ҳам кузатилади. Қоринда шиш кузатилиб, тугун ҳосил бўлиб ичак тутилишида қориндаги шиш бир текисда бўлмайди. Касалликнинг алоҳида белгиларига ахлат ва газларнинг чиқмаслиги ҳам киради. Беморнинг тили қуруқ, кўпинча оқ караш билан қопланган бўлади, касалликнинг кечки босқичларида тил жуда қуруқ ва кўнғир тусда бўлади.

Касалликнинг бошланғич босқичида ичак перистальтикаси яққол ва кучайган, лекин касалликнинг ривожлана боришида ва кечки перитонит ривожланган босқичларида перистальтика сусайиб боради ва йўқолади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, ҳолати мажбурий. Юзи азобланган (Гиппократ юзи), тери қопламалари оқарган, муздек тер босган. Пульс тезлашган, ипсимон характерда, қон босими камайган. Странгуляцион ичак тутилишига характерли белги – Вал симптоми – қоринда асимметрия, пальпацияда зичлашган ва резистент ичак пайпасланади, шу соҳа перкуссиясида тимпанит товуш эшитилади.

Замоновий хирургияда, айниқса болалар хирургиясида, ингичка ичакни турли патологиялари ва унда юзага келадиган турли асоратлар долзарб муаммолигича қолмоқда. Бир қатор муаллифларнинг тадқиқотлари [38, 42, 46] ЎСИТ даги деярли барча ҳолатларда этиологик омиллардан қатъий назар аввалдан ингичка ичак моторикасининг бузилиши, унинг пасайиши кузатилади ва патологик жараёни амалга ошириш симаптик асаб тизимининг автоном элементлари даражасида бўлиб ўтади.

ЎИТ даги томир бузилишининг асосий омиллари бири бўлиб кучайиб боровчи гиповолемия ва интоксикация ҳисобланади, улар операциядан кейинги даврда давом этадилар, гемоконцентрация ва қоннинг реологик хусуиятлари, микротомирлардаги унинг шакл элементларининг арегациясини ёмонлашиши ва қон кетиши тезлигининг секинлашишига олиб келади. Тонусини йўқотган органлар ичидаги томирларда қоннинг секвестрацияси, веноз қайтишининг пасайиши ва микроб омили ва эндотоксинлар веналарнинг баро- ва хеморецепторларига таъсири натижасида юракнинг зарбали ҳажмининг пасайиши оқибатда гемодинамиканинг гипокинетик ҳолатига олиб келади [7,43,45]. Натижада патологик асосини ташқи нафас олиш, тизимли гемодинамика, микроциркуляция ва метаболизмнинг бузилиши ташкил қилувчи ичак девори гипоксияси ривожланади [8,11,14].

Гемоциркулятор бузилишлар парезнинг кучайиб бориши ва тирқиш ичидаги ичак босимининг ортиб бориши билан сезиларли даражада кучаяди. Микроциркуляциянинг бузилиши шиллиқ пардадан бошланади ва биринчи босқичда қоннинг туриб қолиши ва капиллярларнинг ўтказувчанлигининг ўзгаришини ҳосил қилган ҳолда венулаларни қамраб олади. Ривожланиб бораётган ишемия ҳошиясимон эпителиоцитларнинг апикаль мембраналари турғунлигининг бузилиши ва бунинг оқибатида ингичка ичакнинг транспорт ва тўсиқ функцияларининг бузилишига олиб келади [9,45,48]. Ўз навбатида бузилган эпителиаль тўсиқ орқали ичак тирқишидан захарли моддаларнинг кириши кейинчалик уларнинг барқарор кенгайишига ўтувчи томирлар спазмини орттиради.

М.В. Гринев ва К.М. Гринев [10] гемостазнинг оғир метаболик бузилишларини вужудга келтирувчи муҳим патологик феноменнинг асосини шошилиш хирургияда ётган критик ҳолатдаги беморларда полиорган етишмаслигининг ривожланишига олиб келувчи органлар ва тўқималар тузилмаларининг микроциркулятор оқими тизимидаги бузилишлар ташкил қилади.

Моҳиятан кўпгина оғир клиник ҳолатларнинг патогенези бўлган микротромблар ҳосил бўлиши мураккаб механизмининг якуний очиб бериш 1991 йилда шу даврнинг муҳим воқеаси бўлган Чикаго келиштирув анжуманида машҳур тадқиқотчи Роджер Боун (R.Bone) [11,13,22] ташаббуси бўйича амалга оширилди ва маҳаллий [12,17] ва хорижий муаллифларнинг ишларида [13,18] давом эттирилди ва бутун тиббиёт ҳамжамияти томонидан тан олинди.

Шундай қилиб бу механизмлари полиорган етишмаслиги синдроми патогенези асосида ётади [14,33,52].

Замоновий текшириш усуллари қуллашига ва етарлича даволанишига қарамасдан охириги йиллардаги курсаткичларига қараганда ингичка ичак резекциясидан кейинги улим даражаси Россия

ва МДХ мамлакатларида 8.7 - 12% ни ташкил қилмоқда.(Г Александров, 1996й; Б Бриский 2000 й.) [15,23,24].

Замоновий адабиётлардаги умумий маълумотларга қараганда ингичка ичак патологияларини эрта диагностикасини қийинлиги сабабли касалликлар асоратланиши юкори туради. Баъзан касалликлар атипик кечиши , даво усулларини танлашдаги хатоликлар ва ягона тактик усулнинг йуклиги ингичка ичак патологияларини асоратланишига сабаб бўлади. (И.Папова, Г Жидавинов 2002)[16,19,20].

Болаларда ингичка ичак ўтказувчанлигини бузилиши турли туғма нуқсонлар, чандикли жараёнлар ва ичак инвагинатлари кўринишида намоён бўлади. Ичак ривожланиш нуқсонлари , ичак туткичи ва бошқа қорин бўшлиғи аъзоларининг анотомик бирлигини бузилишига олиб келади. Бу ҳолат шошилиш хирургик ёрдамни талаб қилади.

Болалар хирургик касалликлари ичида ичак патологиялари энг кўп бўлиб, резекция ўтқизишни талаб қилади ва хозиргача ўлим кўрсаткичлари ичида етакчи ўринда туради (Т.В. Красовская. А.Н.Смирнов. 2003).

Бундан ташқари ўткир диарея ва колит каби касалликлар 1 ёшдаи катта болаларда кўп учраб булардан ташқари полип, дивертикуллар, ўсмалар, стеноз, ичак иккиланишлари. шиллик ости гематомаси каби касалликлар ҳам 1 ёшда кўпинча ичак инвагинацияси касаллигига сабабчи бўлади. (Фельдман Х.П.. С-57: Рошаль Л.М.. 1954; Баиров Г.А 1997).

Бола хаётини дастлабки 4 ойлигигача ичак инвагинацияси жуда ҳам кам учрайди. Ичак инвагинацияси билан касалланган беморларнинг 80% -90%ни 4 ойликдан I ёшгача бўлган болалар ташкил этади. (Терновский С.Д.. 1959; Л.М.Рошаль 1964). Ашкрафт К.У. 1997 йил болаларда ичак инвагинацияси 1000 янги туғилган болалар ичида 1.5-4 ҳолларда учрашини айтиб ўтган.

Болаларда кўпинча ичак инвагинацияси сабабчиси ичак

деворидаги айлана ва узун мушак толалари нокоординацион қисқаришлари натижасида келиб чиқади. Шуни айтиб ўтиш керакки болаларда ичак ҳаракати ноаниқ бўлиб, ёши катталашishi билан бу ҳолат меъёрий ҳолат билан алмашинади. (Кобакова Е.М., 1968).

Операция вақтида ичакни ҳаётий қабилятини сақлаган сохани аниқлашда хатоликлар кўп учрамоқда, натижада қорин бушлигида патологик ичак қовузлоклари кўп учраб болаларда ўткир ичак тутилиши шошилинич хирургиянинг энг долзарб ва ҳал қилиниши қийин бўлган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Технология ривожланишига қарамасдан ЎИТ ни ташхислаш ҳали ҳам жиддий қийинчиликлар билан боғлиқдир [19 ,34,51]. Улар энг аввало бир қатор омиллар билан белгиланади, улар орасида энг муҳими бўлиб касаллик шакллариинг турли-туманлиги, патогенетик механизмларнинг мураккаблиги ва ичак патологиясидаги ташхислаш имкониятларининг чекланганлиги ҳисобланади. Госпиталгача босқичдаги ташхислаш хатолари 8,9% ҳолатларда [20, 21] учрайди. Уларнинг частотаси ташхиси фақат 90,5% ҳолатлардагина ўз вақтида ўрнатиладиган ЎИТ билан оғриган беморларда энг юқоридир.

1.3. Болаларда ЎСИТда диагностика усуллари ва хирургик ёндошувлар

Рентгенографияда ЎИТ ни ташхислашнинг анъанавий ва энг ҳаммабоп усули сифатида рентгенологик усул бўлиб қолмоқда [29,36,37]. Ўрганишнинг рентгенологик усули асосида Клойбер томонидан 1919 йилда баён қилинган ичак тугунларидаги газлар ва суюқлик даражаларини аниқлаш ётади. Бу симптом ЎИТ учун ҳеч қандай патогномик ҳисобланмайди, чунки эркин газ ва горизонтал даражалар кўринишида суюқликнинг тўпланиши бошқа бир қатор

касалликларда, масалан, энтеритда, энтероколитда, диспепсияда, Крон касалликларида ҳам кузатилиши мумкин [30,45,47].

Тиббий текширишнинг бу қисми олинган маълумотларни услубий аниқлик билан бажариш ва баҳолашни талаб қилади. Кўпгина Ўзбекистонлик муаллифларнинг ишларида [31,39,40] ЎИТ билан оғриган беморларни рентгенологик тиббий текширувдан ўтказишнинг энг рационал усуллари ва найжаларни баҳолаш усуллари батафсил баёнлари келтирилган. Клиник маълумотларни таҳлил қилишдаги каби бу ерда ҳам патологик жараённинг турли томонлари: ичак тутилишининг бузилишини аниқлаш, унинг табиатини таниб олиш (механик ёки функционал), тўсиқ даражасини маҳаллийлаштиришларни характерловчи белгилар аниқланади. Ўрганишлар босқичма-босқич, маълум кетма-кетликка қатъий амал қилган ҳолда ўтказилади. Бу усулнинг қиммати 60-87% ни ташкил қилади [32,42,44].

Клиник амалиётга ингичка ичакни фаол тарзда декомпрессия қилиш билан биргаликда рентгенографияни қўллаш ЎИТ билан оғриган беморларни ташхисий ўрганиш натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон берди [33,37,51]. Ушбу усул ёрдамида ЎИТ нинг хусусияти, аниқ маҳаллийлашганлиги ва даражасини (қисман ёки тўлиқ) ҳамда сабабини аниқлаш мумкин бўлади. Рентгенографиянинг ташхислаш аниқлиги ЎИТ констатациясида 94% дан 96,5% гача ўзгаради [34,38,48,53].

Шундай қилиб рентгенологик ўрганиш ичак тутилишини қайд қилишдаги ҳаммабплиги, юқори информативлигига эга бўлган ҳолда ҳақли равишда ЎИТ даги энг муҳим ташхислаш усуллардан бири ҳисобланади.

Механик ичак тутилишининг ультратовушли семиотикаси спектрида энг информативлар қуйидагилар ҳисобланади: ичак тугунининг кенгайиши; ичак тирқишидаги суюқлик секвестрацияси; шишиш оқибатида ичак деворларининг қалинлашиши, қорин

бўшлиғида бурмалар ва эркин трансудатнинг мавжудлиги. Ташхислашнинг ультратовушли ва рентгенологик усуллари солиштиришга келсак, кўпчилик муаллифлар кўпроқ даражада информатив, содда, бемор учун зарарсиз ва малол келмайдиган деб ҳисобланадиган УТТ нинг афзалликларига шоҳидлик берадилар [22,23,48]. Уларнинг маълумотларига кўра рентгенологик усулнинг ЎИТ ташхисидаги сезгирлиги 65-77% ни, УТТ ники эса – 83-92% ни ташкил қилади.

Ультратовуш диагностикаси битишмали касалликларни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, юқори аниқлик, спецификликка эга. Аммо, бундай мураккаб асоратнинг бутун кўламини англаб етиш учун шифокор унинг техникасини мукамал эгаллаган ҳамда ультратовушли текшириш маълумотларини тўғри баҳолай оладиган булиши керак. (Салимов Ш.Т ва ҳаммуаллифлари 2007 й.)[23] УТТ нинг муҳим роли тутилишнинг сабабларини аниқлашга тегишлидир. Ультратовушли ўрганиш ёрдамида битишмали тутилишни аниқлашга муваффақ бўлишини тўғрисида хабар қилади, бунда ичакнинг чўзилган тугунларидан ташқари битишган тугунлари ҳам визуализация қилинади, ўсмали ҳолатларни аниқлаш мумкинлиги тўғрисида ҳам хабар қиладилар. ЎИТ ни вужудга келтириши мумкин бўлган сабаблар орасидан йиринглашлар, қон кетишлар ва гематомалар, чурранинг қисилиши ҳамда қоринорти соҳасининг некрози ва инфльтрациясини ажратиб кўрсатадилар. Рентгенологик ўрганишларнинг салбий натижалари мавжуд бўлган ҳолларда ультратовушли усул ёрдамида ЎИТ ни эрта ташхислаш тўғрисида ҳам хабар қилинади [24,45,52]

Ушбу усулнинг камчилиги бўлиб уларнинг ичак тутилишининг тури ва касаллик муддатларига боғлиқлигини кўрсатувчи маълумотларнинг йўқлиги ҳисобланади. Механик ичак тутилиши билан оғриган беморларда обтурация даражаларини аниқлашда УТТ дан

фойдаланишнинг мумкинлиги ҳам ойдинлаштирилмаган. Консерватив тадбирларни ўтказиш имконияти ёки шошилиш тезкор аралашувнинг зарурлиги тўғрисида хулоса қилиш мумкин бўлган сонографик мезонлар мавжуд эмас. Ичакнинг томирли бузилишлари ҳамда ингичка ва йўғон ичакларнинг турли касалликларини фарқлашни янада батафсилроқ ўрганиш зарурияти айрим муаллифларни доплерографияни қўллашга ундади. Бундай ишлар жуда кам ва Европа ва АҚШ даги етакчи клиникалардан чиқади [25,34]. Япониялик тадқиқотчилар ингичка ичак буралишининг объектив ва аниқ белгиси сифатида уюрмали қайнаш симптомларини рангли сканограммада соат стрелкаси ҳаракати йўналишида тасвирладилар.

Бироқ клиник нуқтаи-назардан ЎИТ да бевосита ичак деворини озиклантирувчи томирлардан қон оқиши қизиқиш туғдиради, чунки странгуляциялардаги қон таъминотининг бузилишлари энг кўп айнан шу даражада учрайди. Ичакнинг ички девор томирлари гемодинамикасининг ҳам меъёридаги, ҳам тугилишнинг турли шаклларидаги кўрсаткичларини акс эттирувчи шунга ўхшаш мақолалар учрамади.

Шу билан бир қатор авторлар (С.Chiu. 1993; S.C'hai. 1994; M.Armoni. 1995) УТТ текшируви ичак инвагинациясини ташхислаш, консерватив девалаш барийли контраст билан УТТ қузатуви остида дезинвагинацияни таклиф қилишгаи. УТТ одднй, ишончли ва рентгеноскопияга қараганда хавфсиз деб баҳолаган.

Хулоса қилиб ЎИТ ни даволаш натижаларининг қониқарсизлигича қолаётганлигини таъкидлаб ўтмоқчимиз. Ўлим билан тугашнинг юқори даражадалиги сабабларидан бири бўлиб ЎИТ нинг ўз вақтида ва мос тарзда ташхисланмаслиги ҳисобланади, бироқ ҳозирги босқичда ўрганишлар амалий зарур масалаларнинг барчаси ҳал қила олмайди. ЎИТ ни ташхислашда энг истиқболли бўлиб кичик

инвазивлиги ва юқори даражадаги информативлиги туфайли УТТ хисобланади.

Ичак томирлари доплерографиясидан фойдаланиш кенг истиқболларни очади. Ҳозирги вақтгача ингичка ичак деворидаги қон оқишининг аниқ доплерографик мезонлари мавжуд эмас. ЎИТ ни ташхислашда доплерографиянинг имкониятлари тўғрисидаги аниқ клиник-ташхисий параллеллар ва тўлиқ тасаввур ҳам мавжуд эмас.

Шу билан бирга айрим адабиётларда ичак инвагинациясида дуплекс доплерография усули инвагинат ҳаётийлигини кўрсатиб, даволашда аниқ бир йўналишни танлашда ёрдам беради. Ичак деворидаги узгаришларини баҳолашда дуплекс доплерография ўзининг салмоқли хиссасини қўшади. Ичак инвагинациясини консерватив даволашда эрта ташхислаш муҳим аҳамият касб этиб, бунда оператив муолажалар сонининг камайиши оришилади

Кўпгина муаллифларнинг фикрларига кўра [26,46,50] ташхислаш хатоларини камайтиришнинг муҳим шарти сифатида ўрганишларнинг эндоскопик усуллари, компьютер томографияси ва УТТ ни кенг қўллаш бўлиши керак. Ўрганишнинг ташхислаш усуллари орасида информативлик бўйича уларга тенг келадигани йўқ. Ультратовушли усули клиник тиббиётнинг кўпгина муаммоларини, хусусан қорин бўшлиғи органларининг касалликларини ташхислаш муаммосини ҳал қилди. Шу усул, юқори даражадаги ташхисий аниқлик, бажаришнинг осонлиги, ноинвазивлиги ва нисбатан арзонлиги туфайли УТТ ўткир хирургик касалликларни ташхислашнинг муҳим усули бўлиб хисобланади [27,34,49]. ЎИТ ни ташхислашда УТТ ни қўллаш мумкинлигини илк марта G. Meiser ва K. Meissner (1983) экспериментал равишда асослаб бердилар. Кейинги клиник ўрганишлар австриялик муаллифларга ичак тутилишининг амалий тиббиётда муваффақиятли қўлланилувчи аниқ семиотикасини ишлаб чиқишга имкон берди. Ичак тутилишининг ультратовушли белгилари бўлиб қуйидагилар

ҳисобланади: 1) унинг тирқишида суюқликнинг депонирланиши билан боғлиқ бўлган ичак диаметрининг кенгайиши; 2) унинг шишиши ҳисобига ичак деворининг қалинлашиши; 3) ингичка ичак бурмаларининг кўриниши (визуализацияси); 4) эркин суюқликнинг мавжудлиги; 5) ичак ичидагиларнинг маятниксимон ҳаракати; 6) қорин бўшлиғида йирингнинг мавжудлиги.

УТТ жуда юқори даражадаги ингичка ичак тугулиши, клиник жиҳатдан яширин бўлган ёнбошдаги чурранинг тушишларини аниқлаш ҳамда механик ичак тугулишининг ташхиси билан операциядан кейинги даврдаги ичак парезини фарқлашни ўтказишда айниқса самаралидир. УТТ натижалари ЎИТ ни даволаш тактикасини ишлаб чиқиш тўғрисида аниқ кўрсатмалар беради, шу орқали мақбул башорат билан таъминлайди [2,6,28]. УТТ ўзининг амалий аҳамиятини кўрсатди. S. Truona et al. (1997) маълумотларига кўра кузатишларнинг 71% да ингичка ва йўғон ичак тугулишини дифференциал ташхислашни ўтказишга ва 48% ҳолатларда ЎИТ нинг бевосита сабабини аниқлашга муваффақ бўлинган. УТТ да суюқлик билан тўлдирилган ичак тугунлари бутун қорин бўйлаб айрим ҳолларда кўзга кўринарли перистальтик ҳаракатлар билан тақсимланган шиллиқ парда букланмаларининг аниқ контурларига эга бўлган цилиндрик ёки тубуляр структуралари каби кўринади. Ушбу ўзига хос хусусиятлар суюқлик билан тўлдирилган ичак тугунларини қорин бўшлиғининг бошқа суюқликли тузилмаларидан фарқ қилдиради ва ЎИТ ташхисини аниқлаштиришга ёрдам беради.

Компьютер томографияси (КТ) 70-йилларда ЎИТ ни ташхислашдаги ҳақиқий кашфиёт бўлди [34,35]. КТ ёрдамида аниқланадиган асосий белгилар бўлиб обтурация жойидан юқорида жойлашган ингичка ичак соҳасининг кенгайиши ва ичакнинг битишган тугунлари, тўсиқнинг дистал жойлари ҳисобланади [36,45,52], бунда

ичак тугунларининг кенгайиши суюқ масса билан тўлиш ҳисобига бўлади [34,37].

Япониялик тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра [38,43] КТ сезгирлиги ва ўзига хослигининг оптимал нисбатига ингичка ичак диаметри 2,5 см дан катта бўлмаган ҳолларда эришилади. Бундай ҳолда ЎИТ ни аниқ ташхислашга 90% ҳолатларда, обтурация сабабларини аниқлашга эса 44% ҳолатларда эришиш мумкин.

Илеуснинг странгуляцияцион шаклига эга бўлган беморлардаги КТ натижалари муҳим қизиқиш туғдиради [34,38]. Ичак некрозининг белгилари бўлиб унинг деворларининг йўғонлашиши ва бир жинсли эмаслиги ҳисобланади . Сўнгги йилларда адабиётларда ташхисий мақсадларда магнитлм-резонанс томографиясини (МРТ) муваффақиятли қўлланилиши тўғрисидаги хабарлар тез-тез пайдо бўлмоқда [39,40]. МРТ усулининг асосий ва муҳим устунлиги бўлиб унинг юқори даражадаги тасвир аниқлиги, ингичка ичак деворларидаги некрозга хос бўлган ўзгаришларни кўрсата олиш ҳамда операциядан кейинги даврдаги ичакнинг мотор фаоллигини аниқлаш имконияти ҳисобланади.

Бироқ шуни таъкидлаш керакки, КТ ва МРТ, ўзининг кичик инвазивлиги ва юқори информативлигига қарамасдан, ЎИТ ни ташхислашда ҳалигача клиник амалиётда кенг қўлланилмапти. Бу нафақат аппаратура ва ўрганишнинг ўзининг қимматлиги, уни ўтказишнинг мураккаблиги билан, балки энг асосийси ушбу ўрганишларнинг ЎИТ ни ташхислашдаги ўрнини аниқлашга имкон берувчи етарли даражадаги клиник маълумотларнинг мавжуд эмаслиги билан боғлиқдир.

Шундай қилиб адабиётларнинг таҳлили ЎИТ ни ташхислашнинг инструментар усулларининг устун томонлари ва камчиликлари уларнинг ҳар бирига хослигини, юқорида баён қилинган усулларнинг бирортасидан ҳам ўзича амалий жиҳатдан муҳим хирургик масалаларни

ҳал қилиш учун фойдаланиб бўлмаслигини кўрсатади. Бу бир томондан етарли бўлмаган информативлик билан, бошқа томондан эса клиник ҳолатларда қўллашнинг чекланганлиги билан боғлиқдир.

1.4. ЎСИТ билан оғриган беморларни хирургик даволаш

ЎСИТ билан оғриган беморларни хирургик йўл билан даволаш натижалари касаллик патогенезининг бир қатор масалаларининг ечими йўқлиги билан жиддий даражада боғлиқдир. Ингичка ичакнинг ўткир бузилиши билан бутун организмдаги барча морфологик ўзгаришларнинг бошланиши эканлиги яхши маълум [1,7,41].

Шу билан бир вақтда замонавий тиббий адабиётларда операциядан кейинги даврнинг клиник ўтишининг ўзига хос хусусиятлари, қисилган ингичка ичакдаги морфологик ўзгаришларга (катарал, флегмоноз, гангреноз) боғлиқ ҳолдаги мураккаблашишлар ва ўлимга олиб келиш ҳолатларининг фақат айрим таҳлилларигина мавжуд, операцияда аниқланган морфологик ўзгаришларнинг аҳамияти тўғрисидаги эслатмалар, жараёнинг оғирлик даражасининг баҳолари ҳам мавжуд эмас [21,35,42].

Ичак резекциясини бажарган ёки қисилган ичакни ҳаётан деб тан олган ҳолда, яъни сероз қопламасида гангреноз ўзгаришларни кўрмасдан, операциядан кейинги даврда хирурглар ичак деворида топилган катарал ёки флегмоноз ўзгаришлардан қатъий назар беморни стандарт схемалар бўйича даволайдилар. Бутун даволаш тактикаси икки мезон: ингичка ичак гангрена си борми ёки йўқлигига бўйсунди. Кўпчилик тадқиқотчилар ЎСИТ ривожланиши, кенг тарқалган перитонит ва абдоминал сепсис патогенезидаги асосий омил деб тўлиқ ҳисоблайдилар [43,49].

Кўпгина муаллифлар [23,35] ЎСИТ да ичак девори оғирлик даражасини баҳолашнинг ҳаммабоп, тезкор ва информатив

усулларининг йўқлиги масалани мураккаблаштиради ва хирург тактикасини белгилаб беради. Ичак яшовчанлигига бўлган энг кичик шубҳалар ҳам унинг резекцияси фойдасига ҳал қилинади. Бунда нафақат ўтказмаслик соҳасини, балки проксимал йўналишдаги ичакнинг макроскопик ўзгармаган 30-40 см дан кам бўлган бўлаги ва дистал йўналишда 15-20 см қисмини олиб ташлаш тавсия қилинади. Шу билан биргаликда қорин бўшлиғидаги ичакнинг 50 см резекциясидаёқ беморларда В₁₂ витамини танқислиги кузатилади, 100 см дан кўпроқ қисми олиб ташланиши эса мальабсорбция ва стеатореянинг ривожланишига олиб келади [27,41]. Шунинг учун унинг босқичи, тарқалганлигини самарали аниқлаш ва шу орқали қайта сўрилиш синдромнинг оғирлигини башорат қилиш ҳамда ингичка ичакнинг асоссиз равишда кенгайтирилган резекциялари частотасини пасайтиришга имкон берувчи ингичка ичак ташхислашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш зарур.

Ю.В. Перов [44,52,54] ЎСИТ бўйича операция қилинган беморларда операциядан кейинги даврнинг дастлабки соатлари тўлиқ қийматли медикаментоз терапияни бошлаш керак бўлган қайта тикланмайдиган қон оқишига эга бўлган фазасининг мавжудлиги учун ўзига хос, деб ҳисоблайди. Бир-икки суткагача бўлган ёмонлашиш фазаси патафизиологик жараённинг қонуний босқичи ҳисобланади, қисилган ичакдаги ўзгариш ва ичак қон кетишининг қайта тикланиши шароитларидаги бактериал ва эндотоксин кўчиши билан боғлиқ ва бунда бутун медикаментоз терапия олдини олиш хусусиятига эга бўлиши керак. Шу билан бир вақтда муаллиф резекцияланган ичакка эга бўлган беморлардаги операциядан кейинги даврдаги ҳолатнинг ёмонлашишини резекция ҳажмининг нотўғри танланиши натижасидаги кучайиб боровчи ичак некрози сифатида қарамаслик керак, деб ҳисоблайди. Ва ниҳоят бузилган ичакда (қон оқшининг қайта тикланмаслиги) феноменининг мавжудлиги резекциядан аввал токсик

шокнинг олдини олиш учун гангреноз-ўзгартирилган ичакни ағдариш ёки қисишни таъқиқловчи классик хирургия қоидаларини қайтадан кўриб чиқишга имкон беради.

Операция вақтида ичакни хаётий қобиляти сақланган сохани аниқлашда хатоликлар кўп учрамоқда, натижада қорин бушлиғида патологик ичак қовузлоғи қолиб жиддий асоратларни юзага келтирмоқда .Баъзи холларда эса ортиқча хажмда резекция қилиниши кузатилмоқда.(М.Ю.Розенгартен 1996.)'

ЎИТ да ОИТ бутунлиги бузилганда инфицирланиш жуда юқори бўлгани учун тикилган чокларни очилиб, оғир асоратларга олиб келди. 20 асрнинг иккинчи ярмига келиб асептик техник операциялар кашф қилинди ва травмалардан кейинги жарохатларни эмас, балки турли ОИТ даги аномалияларни хирургик усулда даволаш йулга қуйилди. Бу аср абдоминал хирургияни .ривожланиб такомиллашуви босқичини ўтади. Барча операциялар 2 та этапда бажариларди: 1. бўшлиқ органни очишга тайёрлаш ва очиш; 2. чокларни қўйиш ва бушлиқни ёпиш.

Ошқозон-ичак трактида резекциядан кейин юзага келадиган оғир асорат 12 бармокли ичак, ёнбош ичак йуғон ичак чултоғидаги ичак чокларининг мос келмаслигидир. (Р.А. Галкин 2000).

Ичак чокларининг мос келмаслигининг асосий сабаблари резекция қилинадиган ичак ' қовузлоғининг хаётий қобилятини нотўғри бахоланишидир. Тикиладиган аъзо шиллик қаватининг адаптациясининг етарли бўлмаслиги ва патологик ўзгарган ичак деворига чокларнинг қўйилишидир. Бу маълумотлардан ташқари асоратнинг юзага келишига қўйилган чоклар орқали анастомоз деворининг босилиб, қон айланишини чуқур бузилишига олиб келиши ҳам мумкин (Ю.Ф.Исаков-2004).

Касалликларнинг кечиктирилган стадияларида беморларнинг мурожаат қилиши (яъни ичак девори некрозга учраганидан кейин) хамма холатда ичак резекцияси ўтказишга ва ичак найини

узлуксизлигини таъминлаш мақсадида резекциядан сунг (қорин бушлиги ҳолати баҳолангандан сўнг) ичаклараро анастомозлар: ингичка - ингичка ичак, ингичка - йўғон ичак, йўғон -йўғон ичак анастомозлари қўйишни талаб қилади. (А.Н.Смирнов, Т.В. Крассовская 2002.)

Болаларда ичак резекцияларининг эрта ва кечки натижалари туғрисида жаҳон ва чет эл адабиётларида етарлича ёритилмаганлиги,бу муаммони чуқур ўрганишга кўрсатма бўлди. Ичак резекцияларининг эрта ва кечки натижалари операция талаб қилган патологиянинг характериға боғлиқ, резекция хажмиға, резекция соҳасининг локализациясига ва қўйиладиган ичаклараро анастомоз туриға боғлиқ (Ю.Ф. Исаков 2005).

Ичак тутилишида оператив аралашув турли характерда бўлади, баъзи ҳолларда чандиқларни кесиш, дезинвагинация ва буралган ичак қовузлоғини кесишдан иборат бўлади. Лекин купинча хаётий қобилияти йуқолган ичак резекция қилиниб, керакли анастомоз қўйилади ёки нотабий анус ҳосил қилинади, сигмастома, ц'екостома трансверзостома илеостома қўйиш операцияси бажарилади.

Ичак резекцияларини ўтказишға курсатмалар қўйидагилар :

- 1 ичак девори некрози
- 2 ингичка ичакни эзилган жароҳати ёки ичакни чегараланган соҳадаги кўплаб жароҳати (Т.В. Красовская 1998).

Кавак аъзони айланасига 2/3 қисми жароҳатини тикиш мумкин , катта ўлчамли ингичка ичак жароҳатларида резекция бажарилади .Тикишда чоклар орасидаги масофа кичик булса ,ичак деворини бирлашган жойидаги кон-томирларни босилиб қолишидан ичак девори некрозини юзага келади. Чоклар орасидаги масофа катта бўлса, чокларни очилиб кетиши ёки гемостазни тула таъминлай олмаслиги юзага келади.(Ю.Г.Боженко И.Н.Страженко, А.К.

Чернышев 2007.)

Ингичка ичак чоклари қанчалик мустахам бўлса , ичак девори билан шунчалик кантакт булади . Яллиғланган (перитонит) , юпқалашган ,чўзилган ичак деворидаги чоклар енгилгина кесиб ўтади ёки узилиб кетади , натижада чокларни мос келмаслигини юзага келтиради. Рентген ва бошка ионлаштирувчи нурлар таъсирида сероз қават бирлиги бузилади. Натижада ичак девори калинлиги ҳам бузилиб . резекция қилиш лозим бўлганда чокларни ушламаслиги кузатилади.(Литман 1982)

Ингичка ичакда асосан қуйидаги операциялар бажарилади: энтеротомия - вақтинчаликка ичак бушлигини очиш. Керакли муолажалар бажарилгач, ичак бутунлиги қайта тикилади. Ингичка ичакни қайси соҳасида бажарилишига кура: дуоденотомия ,еюнотомия ,илеотомия деб аталади; энтеростомия -ичак бўшлигини маълум' вақтга очиб, ташқарига чиқариб қўйишдир. Вақтинчалик ва узоқ сақланувчи турлари бўлади. Бунда ичак париетал қорин пардага фиксация қилинади.

« Ингичка ичак резекцияси » - деганда унинг маълум соҳасини олиб ташлаш тушунилади. Адабиётларда инглиз тилида парциал энтерэктомия деб аталади . 12 бармоқли ичак бошланғич қисми резекцияси (1-2 см) пептик яраларда бажарилиши мумкин. Ингичка ичакни хурургияда ёнбош ва оч ичаклар патологияси кўп учрайди ,хамда тез-тез резекциялари ўтказилиши кузатилади . Кўпинча қуйидаги патологиялар : чурраларни сиқилиши , ичак тутилиши , ичак туткич артерияси ёки венаси тромбози - ичакнинг маълум соҳасини некрозланишига сабаб бўлади ва резекция ўтказишга кўрсатма бўлади .Ингичка ичак ёмон сифатли ўсмаларида, яралар перфорациясида , крон касаллигида. Меккел дивертикулида, травмаларда резекция қилишга туғри келади. Резекциядан олдин ичакда ва ичак туткичда патологик ўзгарган

туқимани соғлом тўқима билан чегарасини аниқлаш керак .Агар ичак тутилиши хисобига ичак некрози юзага келган булса патологик сохадан биров юқоридан ва бир неча сантиметр дистал қисмдан , соғлом тўқима даражасида резекция ўтказилади . Бунда патологик ўзгарган ичак тутқич ҳам олиб ташланади , яъни қон қуйилишлар , қон-томир тромбозлари кузатилса резекция қилинади .Бундан ташқари резекция қилинадиган ичак узунлиги кўп бўлса, ичак тутқич ҳам понасимон резекция қилинади ва дефект пластика қилинади.

Операция икки хил усулда давом этиши мумкин .Кўпинча « учма-уч» анастомоз қўйилади , барча патологик соха бартараф қилинган , ичак найи бутунлиги тикланади. Охира- охир анастомоз ичакни анатомик ва функционал ҳолатини тикланишига қулайдир. Кам ҳолларда операция дефинитив энтеростма қўйиш билан яқунланади.Агар анастомоз қўйиладиган ичак қовузлоглари диаметри бир-бирига туғри келмаса , бунда қўйидаги усул қўлланилади, яъни ичакни охири қийшиқ кесилади. Агар туғма ичак атрезияси бўлса , ичак бушлиқлари диаметри орасидаги фарқ катта бўлса ёки жуда кичик бўлса , бунда « ёнма -ён» усулда анастомоз қўйилади .

Баъзи адабиётларда муаллифларни келтиришича, ичак қовузлогининг ҳаётий қобилятини аниқлаш операция ҳажмини белгилайди. Агар ҳаётий қобиляти сақланмаган бўлса, соғлом тўқима даражасида сабабини бартараф этмасдан (чандикни ажратмасдан, буралган ичакни туғирламасдан ...)резекция қилиш керак .

Ичакни ҳаётий қобилятини аниқлашда қўйидаги мезонларга асосланади: ичак девори ранги ,ичак тутқичидаги магистрал томирлар пульсацияси, перисталтик ҳаракати ,яна ҳам аниқ маълумотни интероперацион биомикроскопик ёки ичак деворини

лазерли доплерофлоуметрияси орқали объектив баҳолаш мумкин. Бунда девор ичи микроциркуляциясига қараб ,ичакда ўтказиладиган резекция хажмини аниқлаш мумкин. (И.Попова , Г. Жидовинов 2002) [48,52].

Лапаротомияда ОИТ патологиясини адекват баҳолаш қўшни аъзоларга таъсирини ўрганиб радикал ёки паллиатив операция хажми ва характери белгиланади. Патологик орган ревизиясида қўйидаги текширишлар ўтказилади : экспресс - биопсия , трансиллюминация , интероперацион эндоскопияларни ўтказиш . Дастлаб резекция қилинадиган ичак мобилизация қилинади , яъни ичак тутқич , қон -томир , нерв толаларидан ажратилади .Бу боскичда қолдириладиган ичак қисми жуда ҳам кам травматизация бўлиши керак .Чунки қолдирилган ичакка қўйилган анастомозни асоратсиз битиши шунга боғлиқ . Агар ичакда ўтказиладиган резекция қиска бўлса , ичак тутқич резекция қилинмайди . Резекция катта хажмда бўлса , яъни тотал ёки субтотал булса ичак тутқич ҳам понасимон резекция қилинади . (Г.А Баиров 2005)

Ингичка ичак резекциясини ўтказишда ичакни мобилизация қилгандан сунг, резекция соҳасида 2 та сероз- мускул тугунчали ипак чоклар билан *pars nuda* тикилади .Бу усул ичакнинг сероз каватини тула ёпилишини таъминлайди . Резекция қилиб олиб ташланадиган соҳага , *pars nuda* дан 1 сантиметр утиб , ичак қисқичлари қуйилади . Ичак қисқичлари ичак узунлигига нисбатан бурчак остида қўйилади ва ичакда кесим кундаланг йуналишда (Маделунга усулида) ўтказилади , бу анастомоз диаметрини катта бўлишини таъминлайди (Г.М.Семенов , М.В.Ковшова, В.Л.Петришин 1995).

Лапороскопияни хирургия амалиётига кириб келиши абдоминал хирургияни XX асрдаги энг катта ютуғи ҳисобланди ва қорин бўшлиғи органларини патологияларини дагностикасини

такомиллашувига йўл очилди (Г.Акжигитов , И.Белов. 2005 й). Романовскийнинг маълумотларига кўра (2000 й), лапораскопия турли нотўғри операциялардан сақланишга имкон беради .

Резекция қилинган ичакка анастомоз қўйишда диаметрлар мос келмаслигида Web ва Wangsteen усуларидан фойдаланиш мумкин .(Г. А. Баиров 2005)

Резекциядан сунг хазм тракти узлуксизлигини тиклаш қўйидаги усуллар орқали амалга оширилади :

1«учма-уч » усулда тикиш (anastomosis termino - terminalis)

2« ёнма - ён » усулда (anastomosis latero- lateralis)

3 « охирма - ён » усулда (anastomosis termino - lateralis)

Охирма - охир усул кўпроқ физиологик хисобланади, чунки бунда «кур чунтак » хосил бўлмайди . Буни янги туғилган чақалоқларда , кўкрак ёшидаги ва кичик ёшдаги болалар хирургиясида қуллаб бўлмайди . Чунки ичак бўшлиғи диаметри жуда кичик бўлади .

Ёнма - ён усулда анастомоз қўйилгандан бир неча ой ўтиб, ичак перистальтикаси тўғирланади ва учма -уч анастомоздек кўринишга эга бўлади, лекин «кўр чунтак » юзага келиш хавфи бор. Ёнма -ён анастомозда изоперистальтика ва антиперистальтика кузатилади (Литманн 1982 й).

Турли анастомозлар қўйишда асосан 2 қаторли чокдан фойдаланилади. Ички қатор (сквозной) ўтувчи, ташқи қатор эса' серо - сероз чоклар билан тикилади. Чокларнинг бу икки қаторли кўриниши ёпиқ халқа хосил қилади. Бу халқа қўйидаги 4 моментдан иборат:

1. орқа серо - сероз қатор чоклари
2. орқа ўтувчи қатор чоклари
3. олдинги ўтувчи қатор чоклари
4. олдинги серо - сероз қатор чоклари

Ичак хаётий қобилияти сақланганини аниқлаш усулларида бири, бу локал термометриядир. Қорин бўшлиғи очилгач, некрозга учраган деб қаралган ичак ва соғлом ичак харорати ўлчанади ҳамда солиштирилади. Натижада ортиқча резекциядан сақланилади. (М.Ю. Розенгартен 1996)

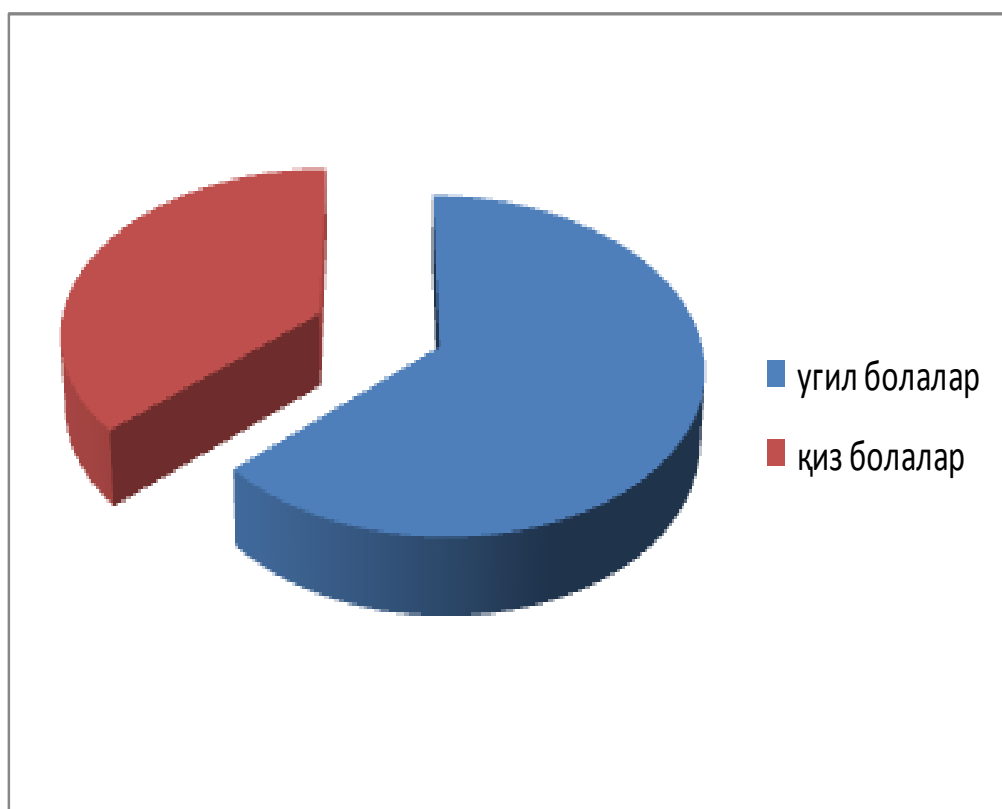
I Боб хулосаси

Жахон адабиёти маълумотларга қараганда эса ингичка ичак резекциясидан кейинги ўлим 7- 12% ни ташкил қилади . Шундай қилиб энг кўп даражада ЎСИТ билан оғриган беморларда кузатилувчи патофизиологик жараён ҳисобланади. Ушбу синдром патогенезининг кўпгина жиҳатлари ҳамда олдини олиш ва даволаш янада ҳар томонлама ва чуқурроқ ўрганишни талаб қилади. Яна странгуляция даражаси ва ингичка ичак анастомозларининг яроқсизлигининг вужудга келишига боғлиқ равишда бошқа органлар функционал ҳолатига таъсирини ҳам ўрганиш керак, бу эса мавзунини илмий долзарблигини исботлайди ва илмий - амалий изланишга асос бўлади.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Тадқиқот материали

Илмий ишда 2010 - 2014 йилларда ТошПМИ госпитал болалар хирургияси кафедрасининг 2-сонБЖКШ базасида даволанган ЎСИТ билан оғриган 63 та беморни ташхислаш ва хирургик даволаш таҳлил қилинган. Кузатилганлар орасида ўғил болалар 45 та (71,4%), қиз болалар эса – 18 тани (28,5%) ташкил қилди (1-расм). Беморлар орасида ўғил болаларнинг сони сезиларли даражада куплиги кузга ташланади ва илмий адабиётларда келтирилган маълумотларга мос келади.



2.1- расм. **Ўтқир ичак тутилиши билан оғриган беморлар таркибидаги ўғил ва қиз болалар сонининг нисбати**

Беморларни ёш бўйича тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган. Бунда ичак тутилишининг ушбу тури 1ёшгача булган болалар ўртасида

нисбатан кўп учраганлиги, 1-7 ёшли болалар ўртасида эса деярли яқин кўрсаткичларда кузатилиб 11-13 % ташкил қилди, 11 ёшдан бошлаб эса камая бошлашини кўрсатади.

2.1 жадвал

Ўткир ичак тутилиши билан оғриган беморларнинг ёш ва жинс бўйича тақсимланиши (n=63)

Жинси	Сони	Беморлар ёши				
		1-ёшгача	1-3 ёшгача	3-7 ёшгача	7-11 ёшгача	11- 15 ёшгача
Ўғил бола	45	14- 31,1 %	10- 22,2%	9- 20 %	7- 16%	5- 11,1 %
Қиз бола	18	6- 33,3 %	4- 22,2%	3- 16,6 %	4- 22,2 %	1- 5,5%
Жами	63 100 %	20- 31,7 %	14- 22,2%	12- 19,04 %	11- 17,46 %	6- 9,6%

Кўришиб турганидек ЎСИТ билан оғриган беморлар орасида 1-ёшгача 20та(31,7%), 1-3 ёш 14 та(22,2%),3-7ёш 12 та (19,04%),7-11 ёш 11 та (17,46%), 11-15 ёш 6 та (9,6%) ни ташкил қилади –Бундан кўришиб

турибдики 1 ёшгача бўлган беморлар сони кўпчиликни ташкил қилади. Кеч ташхис қўйиш даволашнинг боришини мураккаблаштиради.

ЎСИТ билан оғриган беморлар касаллик бошланганидан кейин турли муддатларда стационарга ётқизилган.

2.2-жадвал

Беморларни касаллик бошланишидан стационарга ётқизилганича ўтган вақтга нисбатан тақсимланиши

Беморлар сони	Ётқизилган муддатлари			
	6 соатгача	6-12 соатгача	12-24 соатгача	24 соатдан кейин
63	39	13	7	4
100%	61,9%	20,6%	11,1%	6,3%

Жадвалдан кўришиб турибдики клиникага касаллик бошланганидан 6 соат ўтгунича 39 та бемор (61,9%) 12 соат ўтгунича 13 та бемор(20,6%) ётқизилганлар. Ва фақат 7 та бемор (11,1%) 24 соат ўтгунича, улардан 4 таси (6.3%) 24 соатдан кейин ётқизилган. Беморларнинг 61,9% ва 20,6% тегишли тарзда 6-12 соат мобайнида ётқизилган бўлиб, ЎСИТнинг ичаклар қон билан таъминланишининг кескин ўзгаришлари билан кечувчи турларида касалликнинг кучли оғриқ ва ичак тутилишининг бошқа белгиларини кучли намоён бўлиши билан ифодаланади. Беморларни 12-24 соат мобайнида ва ундан кеч ётқизилиши эса қисман чандикли ичак тутилиши кузатилган беморларда аникланди. Бу беморлар гурухига ичак инвагинациясига чалинган 4 та бемор ҳам киритилган бўлиб, айти пайтда диагнозни кеч қўйилиши, ҳамда касалликни перитонит аломатлари билан намоён бўлиши билан эътироф этиш мумкин.

Назоратдаги беморларда ЎСИТ турли сабаблар натижасида юзага келганлиги аниқланди. Касаллик 28та (44,4%) беморларда уларда қорин бўшлиги аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари бўйича ўтказилган шошилиш операциялардан кейин юзага келган чандиқли ичак тутилиши билан боғлиқлиги аниқланди. Ўткир битишмали ингичка ичак тутилиши энг кўп қуйидаги касалликлар бўйича бажарилган тезкор аралашувлардан кейин учраганлигини кўрсатди(3-жадвал).

2.3-жадвал

Ўткир битишмали ичак тутилишидан олдин ўтказилган тезкор аралашувлар

Касаллик номи	Сони	%
Перитониттин тарқалиши билан асоратланган ўткир деструктив аппендицит	9	32,1%
Ингичка ичакка илеостома қўйиш операциясидан кейинги ҳолат.	7	25%
Ўткир ичак тутилиши	5	17,8%
Қисман ичак тутилиши	3	10,7%
Қорин бўшлиги аъзоларининг шикастланишлари.	4	14,2%
Жами	28	100%

Битишмали ичак тутилиши энг кўп даражада перитониттин тарқалиши билан мураккаблашган ўткир деструктив аппендицит бўйича тезкор аралашувдан кейин ривожланган – 9та бемор (32,1%).

ЎСИТ билан оғриган 7 та(25%) беморда ингичка ичак илиостома қўйиш операциясидан кейинги ҳолат ва 5 та(17,8%) беморда эса ўткир ичак тутилиши, 3 та беморда эса қисман ичак тутилиши, ҳамда қорин

бшлиғи аъзоларини шикастланиши билан 4 та (14,2%)беморда кузатилди. Касалликнинг клиник намоён бўлиши, странгуляцион ичак тутилишидаги клиник-лаборатория силжишлари, энг аввало ишемия вақти ва ичак тутилишининг жалб қилинишига боғлиқ бўлди.

Жадвалдан кўриниб турибдики 8 та беморда ўткир (тулик) ёки қисман ичак тутилиши бўйича операция муолажалари ўтказилган ва қайта хирургик ёндошувни танлашга тўғри келган. Бундай ҳолатлар асосан 6 беморда ўткир аппендицитни кечикитириб қўйилган диагностикаси туфайли юзага келган тарқалган йирингли ахлатли перитонит ва 2 беморда эса қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатланишлари бўйича ўтказилган операциядан кейин кузатилди.

Чандиқли ичак тутилиши 15та(23,80 %)беморларда эса қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган режали операциялардан кейин кузатилди. Бундай ҳолат асосан ичакларнинг турли туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги - 2та(13,3%); долихоколон - 4та(26,8%) бўйича, 2 беморда (13,3%) эса ичакнинг тубуляр иккиланиши сабабли йўғон ичак резекцияси ўтказилган беморларда кузатилди.

ЎСИТ 7та (46,6 %)беморда эса турлича туғма нуқсонлар (ичаклар мальротацияси, ички чурра, сариқлик йўлининг патологиялари) туфайли ичакларнинг буралиб қолиши ёки ташқи сиқилиши туфайли юзага келганлиги аниқланди.

Турли туғма нуқсонларда кузатилган ЎСИТ турлари 2.4- жадвал

Ўткир ичак тутилишининг хусусияти	Сони	%
Гиршпрунг касаллиги	2	13,3
Долихоколон	4	26,8
Ичак буралиши. (ичаклар мальротацияси, ички чурра, сариқлик йўлининг патологиялари)	7	46,6

Ичакнинг тубуляр иккиланиши сабабли йўғон ичак резекцияси	2	13,3
Жами	15	100

27та (42,8%) беморда эса механик ичак тутилишининг аралаш турига кирувчи ичак инвагинацияси кузатилди. Ичак инвагинацияси келиб чиқиш сабаблари бизнинг маълумотларга кўра қўйидагича деб бахоланди: алиментар - 15 (55,6%); мезаденит - 5 (18,5%); Сесум mobile – 4 (14,8%); Меккел дивертикули - 2 (7,4%); ингичка ичак полипи - 1 (3,7%).

Странгуляцияни жойлашувига караб 59 та (93,6%) беморда ўткир странгуляцион ингичка ичак тутилиши, 4 та (6,3%) беморда эса странгуляция йўғон ичак соҳасига тўғри келди. Чандиқли ичак тутилиши кузатилган 36та бемордан 11та (30,5%) тасида ичак тутилишини қисманлиги, 25та (69,4 %) ҳолатда эса тулиқ ичак тутилиши кузатилган. Ичак тутилишининг тўлиқ ёки қисманлиги тегишли даво муолажаларини танлашда асосий мезонлар гуруҳига киради.

2.5-жадвал

Ўткир ичак тутилишларида қўлланилган оператив тактик ёндошувлар

Ўткир ичак тутилиши тури	Консерватив		Консерватив оператив		Оператив	
	Бемо Сони	%	Бемо Сони	%	Бемо сони	%
Чандиқли тулиқ ичак тутилиши					25	69,4
Чандиқли қисман ичак тутилиши	7	24,1	4	14		

Инвагинация	3	11,1	10	37,03	14	51,87
Жами	10	17,86	14	25	39	61,90

Жадвалдан кўриниб турибдики тўлиқ ичак тутилишларида беморларнинг барчасида ўтказилган операция олди тайёргарлигидан кейин оператив муолажа ўтказилган. Қисман чандикли ичак тутилишларида эса 7 беморда консерватив муолажалари туфайли ичак тутилиш белгиларининг тўлиқ бартараф этилганлиги боис оператив муолажа ўтказилмаган, 4 беморда эса консерватив муолажаларнинг самарасизлиги туфайли маълум мудатлардан кейин операция муолажаси ўтказишга тўғри келди. Ичак инвагинациясида эса назоратдаги 27 бемордан 3 тасида консерватив дезинвагинация ўтказилди, 24та беморда эса оператив дезинвагинация утказилди.

2.2 Текшириш усуллари

Овқат хазм қилиш тракти аъзоларининг функционал ҳолатини ўрганиш учун анамнез, шикоят ва объектив белгиларни ўрганиш билан бирга лаборатор ва функционал текширув усуллари қўлланилди.

2.6 жадвал

Беморларда ўтказилган инструментал текширувлар тури ва сони

Текшириш усуллари	Сони	Беморлар ёши				
		1-ёшга ча	1-3 ёшга ча	3-7 ёшг ача	7-11 ёшг ача	11-15 ёшг ача
Рентгенография.	63	8	16	18	15	6

УТТ	63	18	17	14	9	5
ЭКГ	42	13	11	9	6	3
КТ	34	9	10	7	5	3

Жадвалдан кўриниб турибдики ичак тутилишларида беморларнинг барчасида ўтказилган текширувлардан рентгеногафия 63та беморда, УТТ текширув 63та беморда ва фақат ЭКГ текширув 42 та беморда, КТ теширувлар 34 та беморда тезкор ва режали равишда ўтказилди.

Ичак тутилишлари диагностикаси учун анамнез тўплаш ҳар қайси ёшда муҳимдир. Шу билан бир қаторда ичак тутилиши янги туғилган чақалоқларда ҳам тахмин қилиниб хирургия бўлимга олиб келинган. Бунда физиологик ахлат чиқариш ҳолатини баҳолаш: ахлат ва газ келиши қийинлашиши, уйда клизма қўйилганлиги, ахлат таркиби характери, қусиш мавжудлиги ва қайталаниши, қусиқ массаси ҳажми ва унинг ранги, қорин девори орқали ичак перистальтикаси кузатилганлиги кабилар аҳамиятлидир. Бола бошқа муассасада операция қилингач, стационарга қайта олиб келинган вақтда анамнезнинг ролини баҳолаш мураккаб ҳисобланади.

Беморларнинг шикоятини ўрганиш вақтида беморнинг тўсатдан безовталаниши ва қусиш унинг характерига эътибор берилди. Касаллик ривожланиш анамнезини ўрганиш пайтида эса асосан касаллик бошланган вақти, қандай ёрдам кўрсатилганлиги ҳақидаги маълумотлар ўрганилди. Беморларни клиник ҳолатини баҳолашда туғри ичакни бармоқ билан текшириш натижаларининг аҳамияти юқори. Бунда туғри ичак сфинктери ва ампула ҳолати, патрологик хосиланинг мавжудлиги, ахлат ёки шиллиқ аралаш қон юқига эътибор қилинди. Per rectum текшириш усули ўтказилишида бимануал пальпация воситасида

текшириш қорин бўшлиғидаги холат айниқса патологик хосила борлигини аниқлашда жда ахамиятли хисобланади.

Текширувнинг умумклиник усуллари қоннинг умумий таҳлили, сийдик ва ахлатнинг умумий таҳлилини ўз ичига олади. Қон зардобининг биохимик текшируви куйидагилардан ташкил топди: умумий оқсил, қон зардоби оқсиллари фракцияси; билирубин ва унинг фракцияси таркиби, АлАТ ва АсАТ фаоллиги, текширувлар умумий қабул қилинган педиатрия амалиётида анъанавий қўлланиладиган усуллардан фойдаланган холда утказилди.

Юрак-қон томир тизими ишини мониторинг қилиш учун клиник маълумотлар, эхокардиография (ЭхоКГ), электрокардиографиядан (ЭКГ) фойдаланилди. ЭхоКГ “GaregalElectric” (АҚШ) фирмасининг “LOGIQ 400D” аппаратида, ЭКГ “Fucuda” (Япония) фирмасининг 3-каналли “DrLee” аппаратида бажарилди.

Рентгенологик текширув ичак тутилиши диагностикасининг асосий усули бўлади. Текширув доимо қорин бўшлиғининг обзор рентгенографияси билан бошланади, кўпинча контраст масса ёки ирригографияси кўринишидаги ошқозон-ичак трактининг контраст текшируви билан тўлдирилади. Ошқозон-ичак трактининг рентгенологик текшируви аниқ методика асосида РД-550/6, EDR—750 (Венгрия) рентген қурилмаси ва ЭОП ли рақамли рентген қурилмаларни қўллаш, текширув жараёнини серияли қайд этиш билан ўтказилди. Янги туғилган чақалоқларда йўғон ичакни контрастлаштириш учун 40-70 мл миқдорда тана массасини ҳисобга олган холда 1:1 нисбатда физиологик эритма билан аралаштирилган сувда эрувчан контраст моддалар қўлланилди. Катта ёшли болалар гуруҳида контраст модда сифатида биз 37⁰ С гача иситилган 1:3 нисбатда 1% ош тузига аралаштирилган барийли эритмадан фойдаландик. Контраст суспензияси ЭОП экрани назорати остида секин-аста гидростатик босимда 5-6 мм сувли эритма юборилади. Контрастнинг ўртача ҳажми: 1 ёшгача 50-100 мл, 1 ёшдан

бошлаб – 100 мл боланинг ҳар бир ёшига. Йўғон ичакнинг қалтис узайиши ва кенгайиши ҳолатларида контраст ҳажмини ЭОП экрани назоратида colon барча бўлимларини тўлиқ тўлдирилишигача ошириш зарур бўлди. Пневмоирригография текширувда эса бола рентген аппарати столи устида горизонтал ҳолатда ётқизиблиб, Ричардсон балони ва мановакуумметрга уланган резина катетри тўғри ичак ампуласи қисмига киритилди, секин аста тўғри ичакка 40-50 мм. сим. уст. да ҳаво юборилди ва секинлик билан ичакда ҳаво босими ошириб борилди. Бунда рентген экрани кузатуви остида инвагинат тўғриланиши ҳам назорат қилинди. Ҳаво ингичка ичакка ўтгач, муолажа тухтатиблиб. тўғри ичакка резина ҳаво чиқаргичи қолдирилди.

Ультратовушли текширув (УТТ)сўнгги йилларда, айниқса шошилишч хирургияда, қорин бўшлиғидаги кўпгина касалликларни ташхислашнинг энг информатив усули бўлиб қолмоқда. УТТ ўзининг соддалиги, ҳаммабоплиги, етарли даражадаги юқори информативлиги ва қурилмаларнинг кўчмалиги туфайли ЎИТ билан оғриган беморларда ташхислашнинг энг кенг тарқалган усулига айланди. Ультратовушли ўрганиш стандарт ультратовушли ўрганиш 35 та беморда ««FUKUDA-Denshi» аппарати билан ўтказилди. УТТ клиникага ётқизилган беморларда дастлабки текшириш махсус тайёргарликсиз ўтказилди. Дастлаб қорин бўшлиғининг паренхиматоз органлари кўздан кечирилди кейин эса ичакларнинг ҳолати баҳоланди. УТТ афзаллиги шундан иборатки стационар шароитида булган беморларга тегишли равишда қайта текширувни ўтказиш, назоратга олиш ва динамикада юзага келган узгаришларни тахлил қилишда ахамияти жуда ҳам юқори. Қайта УТТ ўтказиш ва назоратга олиш ,63 та бемордан, 34 та беморда амалга оширилди.

2.3 ЎСИТ клиник намоён бўлиши ва қўшимча текшириш усулларининг натижалари тахлили. ЎСИТ клиник намоён бўлиши

Ичак тутилишининг клиник белгилари икки гуруҳидан ташкил топади. Биринчи гуруҳни ошқозон-ичак тракти ва қорин бўшлиғида маҳаллий ўзгаришларнинг намоён бўлиши, иккинчисини эса мана шу ўзгаришлар билан боғлиқ асоратларни ташкил этади. Маҳаллий ўзгаришларнинг намоён бўлиши унинг характери, ичак тутилишининг шаклига боғлиқ ҳолда ривожланиш интенсивлиги, бемор организмнинг умумий ҳолати, патологик жараённинг босқичига кўра ўзгарувчанлиги аниқланди. Ичак тутилишининг илк ва энг доимий белгиларидан бири қориндаги оғриқ синдроми ҳисобланади. Унинг характери турлича бўлиши мумкин. Турли интенсивликка эга оғриқли синдром барча беморларда қайд этилган. Бунда 38 та беморда (46,4%) оғриқлар аниқ ифодаланган хуружсимон характерда бўлган, 15 тасида доимий ва етарлича кучли, ҳамда 10 тасида қоринда тарқалган оғриқ секин-аста кучайиб борган.

Ичак тутилишининг илк белигаларидан яна бири қусиш ҳисобланди. Бошида у рефлекс характерга эга, лекин ИТ ривожлангани сари ошқозон-ичак трактининг проксимал бўлимлари тўлишига олиб келади. Бизнинг кузатишларимизда ичак тутилиши билан келган 16 та (25,3%) беморларда қусиш кузатилмаган, 6 та (9,5%) да бир мартали ва 41 та (65,07%) беморларда оғир кўп мартали характерда бўлган. Беморларда қусишнинг булмаслиги касалликнинг дастлабки даврларида касалхонага ётқизилиши билан изохланиши мумкин.

Странгуляцияли ичак тутилишининг маҳаллий белгиларидан бири қориннинг дамланиши ва ассиметрик кўриниши, пайпасланиладиган хосила, кўзга ташланувчи ичак перистальтикаси, перкуссияда эшитиладиган юқори тимпанит (Валь симптоми) 34 (54%) беморларда кузатилди. Назоратимиздаги беморлардан 23 тасида (36,5%) ичак

перистальтикаси эшитилмади, 12та (19,04%) беморда эса кучсиз, 18та (28,5%) беморларда эса ичак шовқинлари кучайганлиги аниқланди. 10 та (15,8%)да беморда эса куйилиш аломати кузатилди.

Ичак инвагинациясида 27 беморнинг 19 (70%) тасида эса корин пальпациясида илк муддатдаёқ локал оғриқ ва ҳаракатланувчи ва кам ҳаракатланувчи конгломерат ёки инвагинатни аниқлашга эришилди. Перитонеал белгиларининг ривожланиши сабабли 8 беморда корин олди девори мушакларининг таранглаши хисобига хосилани аниқлаш имконияти булмади.

Ахлат келиши ва ичак газларининг ажралишини тухтаб колиши назоратимиздаги беморларнинг 44тасида (70%) кузатилган. Демак, СИТ клиник кўринишлари турлича булиб, хар бир кузатувдаги беморда клиник вазият таҳлили нафақат диагноз қўйишга йўналтирилган бўлиши оғирлиги ва босқичларини аниқлашга ҳам йўналтирилиши лозим.

2.4 ЎСИТ билан оғриган беморларда қоннинг клиник ва биохимик кўрсаткичларининг таҳлили

ЎСИТ қон умумий таҳлили кўрсаткичлари жадвалда келтирилган бўлиб сезиларли ўзгаришлар кузатилмаганлиги аниқланди, айрим беморларда эса лейкоцитлар сони нисбатан юқори бўлиб ичак тутилиши туфайли юзага келадиган ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиши мумкин деб баҳоланди.

ЎСИТ да умумий қон таҳлили курсаткичлари (n=63) 2.7- жадвал

	Кўрсаткичлар
--	--------------

Кон таркиби курсаткичлари	Меъёрий курсаткичлар	Беморлардаги ўртача кўрсаткичлари.
Гемоглабин г/л	120, 0± 130.0	115±140**
Эритроцитлар	3,9±5.0	2,4±4,2**
Лейкоцитлар	4,0±9,0	15±30,0**
Таёқча ядроли	4±6	4±7
Сегмент ядроли	47±72	53±76***

Беморлар қонида кузатилган биокимёвий ўзгаришлар жадвалда келтирилган. ЎСИТ да тўсиқ даражаларига боғлиқ равишда қон кўрсаткичларида силжишлар кузатилди. Гипо- диспротеинемия деярли барча беморларда кузатилиб қонда умумий оқсил миқдорининг пасайишига мос равишда альбумин курсаткичининг камайиши асосида глобулин фракциясининг айниқса гамма глобулин фракциясининг кескин ошиши билан намоён булди. ЎСИТ билан оғриган беморлар учун умумий оқсил миқдорин ($53,4\pm 1,5; p<0,01$), альбуминнинг фоиздаги миқдорининг ($43,4\pm 1,1; p<0,05$) пасайиши ҳамда умумий оқсилнинг α -глобулин ва γ -глобулин фракциялари миқдорининг кўтарилиши хосдир.

2.8- жадвал

ЎСИТ да оқсиллар ва унинг фракцияларининг кўрсаткичлари (n=45)

Қон фракциялари	Кўрсаткичлар	
	Меъёрий кўрсаткичлар	Беморлар ўртача кўрсаткичлари.

Умумий оқсил, г/л	64,1±3,2	53,4±1,5**
Альбумин, %	52,2±2,5	43,4±1,1**
б ₁ -глобулин, %	3,2±0,8	4,6±0,7
б ₂ -глобулин, %	6,3±1,2	10,2±0,5**
в-глобулин, %	10,8±1,7	11,3±0,7
г-глобулин, %	16,6±0,4	30,5±0,5***

ЎСИТ билан оғриган беморлардаги ушбу ўзгаришларнинг сабаблари қуйидагича изоҳланиши мумкин: аминокислоталарнинг етарлича бўлмаслиги туфайли оқсиллар биосинтези жараёнларининг пасайиши, томир ичи ва қорин бўшлиғида суюқликни тўпланиши оқибатида капиллярлар ўтказувчанлининг бузилиши ҳисобига оқсилларнинг томир оқимидан тўқималар ва ичак тирқишига чиқиши. Странгуляция ингичка ичакда локаллашган ЎСИТ билан оғриган беморларда моддалар алмашинувидаги яққол ифодаланган бузилишлар ва сувсизланиш билан оқсилларнинг катта миқдордаги йўқотишлар сабабли кўрсаткичлар яққол намоён бўлиши кузатилди.

ЎСИТ организмда азот алмашинуви ҳолатидан далолат берувчи кўрсаткичлар жадвалда келтирилган.

2.9- жадвал

ЎСИТ да азот алмашинуви компонентларининги миқдори (n=36)

Кўрсаткичлар	Курсаткичлар	
	Меъёрий курсаткичлар	Беморлардаги ўртача

		кўрсаткичлари.
Мочевина, ммоль/л	2,5±8,3	3,8±5,2***
Креатинин, мкмоль/л	105,6±5,3	128,0±4,0**

Ингичка ичак тутилиши билан оғриган беморларда катаболик жараёнлар кўпроқ даражада ифодаланган бўлади, бу азот алмашинуви маҳсулотларининг янада ишончли кўтарилиши билан тасдиқланади. ЎСИТ даги электролитлар алмашинуви ўрганилганда калий ва хлор кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришлар, уларни камайиши билан ифодаланди. Бундай ҳолат беморларда кузатиладиган кўплаб қусиш туфайли ушбу электролитларни йўқотилиши билан тушунтирилиши мумкин.

2.10- жадвал

ЎСИТ ди кон таркибидаги электролитларда миқдорий ўзгаршилар (n=55)

Электролитлар	Курсаткичлар	
	Меъерий кўрсаткичлари	Беморлардаги ўртача кўрсаткичлар.
Калий, мкмоль/л	4,2**	3,6±3,7**
Хлор мкмоль/л	109,4*	95±101**
Кальций, мкмоль/л	2,4**	2,2±2,7**

Ҳозирги вақтда қўлланилувчи ЎИТ ни ташхислашнинг лаборатория усуллари эндотоксикоз даражасини аниқлашга асосланган. Бунинг учун периферик қондаги лейкоцитлар ва лейкоцитар формула миқдори, билирубин, мочевино, креатинин, АлТ, АсТ ни аниқлашдан фойдаланилди.

2.11 -жадвал

ЎСИТда билирубин ва аминотрансферазалар курсаткичлари (n=38)

Интоксикация кўрсаткичлари	Нормадаги кўрсаткич	Беморлар ўртача кўрсаткичи.
Умумий билирубин,	20,52 мкмоль/л	4,8±7,9
АлТ, ммоль/л	0,11±0,66	0,60±0,33

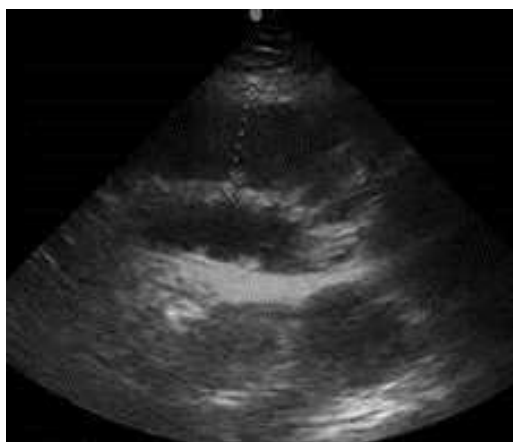
ЎСИТ даги эндотоксемия кўрсаткичлари даражасининг странгуляция даражаси ва кўринишига боғлиқ равишда ингичка ичак тутилиши билан оғриган беморларда странгуляцион тутилиши нисбатан юқорироқ даражадаги интоксикацияси кузатилиши аниқланди.

ЎСИТларида беморларда ўтказилган қоннинг умумий ва биохимик таҳлилларида тегишли ўзгаришларнинг мавжудлиги аниқланади ва операция олди тайёргарлигида мос равишда коррекция ўтказилишини тақоза этади.

2.5 Ўткир ичак тутилишида ультратовушли текширувлар натижаларининг таҳлили

ЎИТ ташхиси билан клиникага ётқизилган беморларда ультратовушли ўрганиш ётқизилгандан кейинги дастлабки соатларда махсус тайёргарликсиз ўтказилди. Текширувда беморларда нотекис кенгайган ингичка ичакда суюқлик сакланиши ва эхогенлигини ошиши

ичак тутилишининг асосий эхоскопик белгиси ҳисобланади (3.1расм). Ичак диаметрини механик тўсиқдан юқори қисмида кенгайиш дистал қисмига нисбатан сезиларли даражада фарқланиши ва кенгайган соҳа узунлигига монанд ҳолда тусиқнинг ичакнинг қайси қисмида жойлашганидан далолат берувчи белги бўлиб ҳисобланади. Беморларни қайта УТТ текшируви ўтказилиши жараёнида ичак диаметрини 17 мм дан 62 мм гача (ўртача $43,1 \pm 9,3$ мм) кенгая бориши кузатилди. Айти пайтда беморда кўп миқдорда қусиш кузатилганда ёки ошқозонга қолдирилган зонд орқали ошқозон-ичак массаларини ажралиши туфайли ичак диаметрини нисбатан кичрайиши №12та беморда кузатилди. ЎИТ да перистальтика турлича бўлади. УТТ да унинг хусусиятининг баҳоси субъектив кўрсаткич ҳисобланади. Шунинг хам таъкидлаш жоизки странгуляцияли ичак тутилишининг дастлабки даврларида ичак перистальтикасини кучайганлиги яққол сезилса, касаллик узоқ давом этган ҳолларда эса перистальтика сусайиб боради ва ниҳоят тухташ даражагача етиб боради. Ингичка ичак ичидагиларнинг ҳаракатининг йўқлиги 28 та (44,4%) беморда қайд қилинди, ингичка ичак тутилишининг странгуляцион шаклида ва касалликнинг узоқ муддатларида – 36 соатдан кўпроқ. 63 та бемордан 35 тасида (55,5%) ингичка ичакдагиларнинг ҳаракати маятниксимон кўринишга эга бўлди.



2.2 расм. УТТда кенгайган ингичка ичакда унинг хосиласини эхогенлигини ошиши.

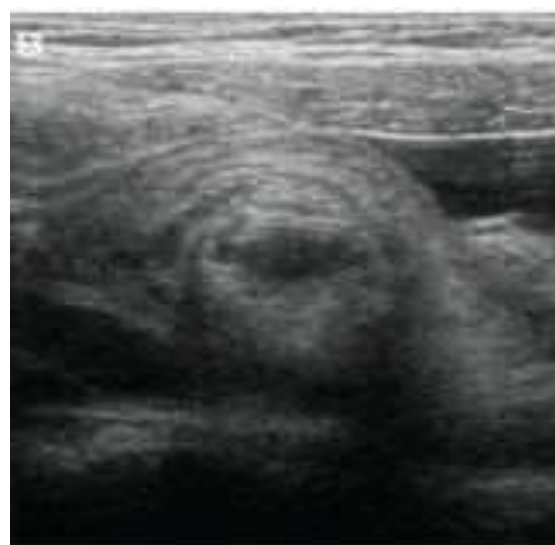
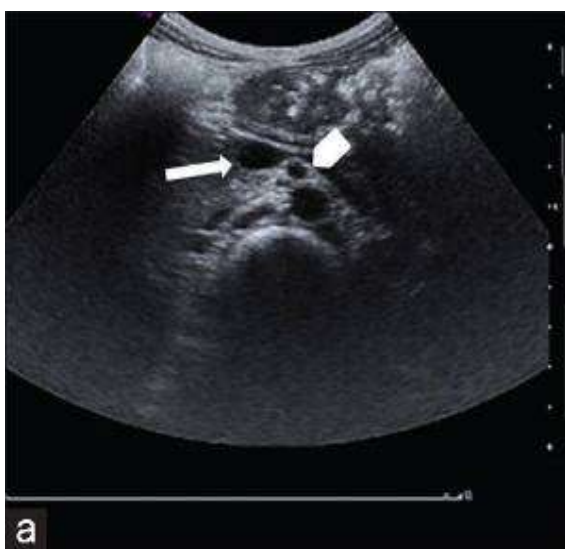
Ингичка ичакнинг кенгайиш даражаси касалликнинг давом этиш муддатига монанд холда ўзгариб бориши кузатилди. Қисман чандиқли ичак тутилишларида эса ичак диаметрини проксимал ва дистал қисмларидаги диаметр ўлчамларида тафовут юқори бўлмайди.

2.12 – жадвал

Ичак диаметрининг касаллик муддатига монанд ўзгариши (n-63)

Касалликнинг давомийлиги	Беморлар сони (n=63)	Ичак диаметри (мм)
12 соатгача	23	39,5±5,3
12-24 соат	18	40,2±4,6
24-36 соат	11	41,1±6,2
36-48 соат	9	42±5,1
48 соатдан кўп.	2	43,4±5,7

Ингичка ичак диаметрларидаги фарқлар даражаларини визуализация қилиш имкониятини жуда муҳим деб ҳисоблаймиз, бу ультратовушли сканерлашда яққол аниқланади.



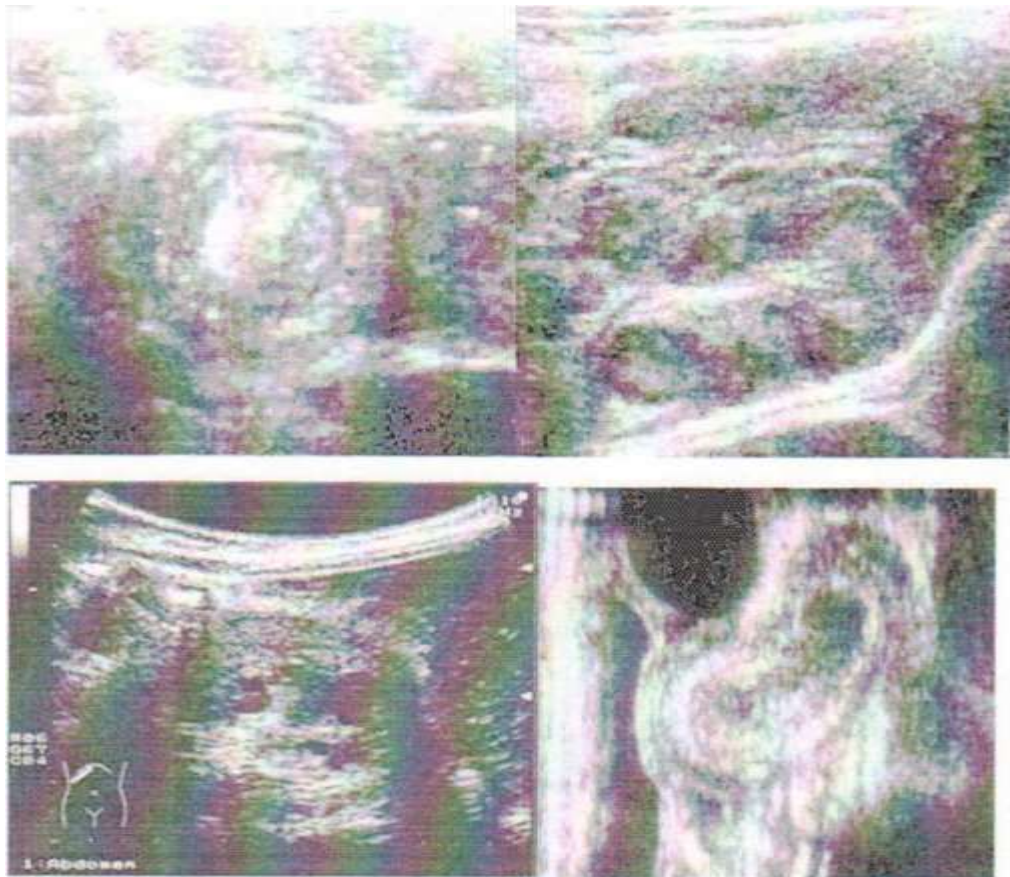


2.3расм. УТТда ЎИТларида ингичка ичак диаметрининг турлича кенгайиши.

Қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжуд бўлиши ҳам ичак тутилишига хос бўлган эхоскопик белги булиб 17 беморда аниқланди.

Ичак инвагинацияларида текширув давомида касалликка хос булган ультратовуш белгилари: кундаланг кесимда «нишон» симптоми, бўйлама кесимда эса «қаватли пирог», «бутерброд», «сохта буйрак» симптомлар аниқланди.

Дифференциал ташхислашда ҳам ультратовуш текшируви муҳим аҳамиятга эга. Бизнинг шифохонамизга мурожаат қилган 1,5 ёшли беморда ичак инвагинацияси сўроқ остида ташхис қўйилди. Бу беморда ҳам ичак инвагинациясига хос белгилар: бемор безовталаниши, ахлат ва газ келмаслиги. қорни дам бўлиши, қорни палпацияда чап ёнбош соҳада хосила аниқланди. Per rectum текширувда патологик ўзгаришеиз. Бемор ультратовуш текшируви ўтказилгандан сўнг капростаз ташхис қўйилди. Қилилган хуқна муолажасидан сўнг кўп миқдорда ахлат тошлари, ахлат ва газ чиқди, қоринда дам йуқолиб бемор тинчланди. Шундан сўнг ичак инвагинацияси инкор этилиб ультратовуш текширувидан кейин қўйилган капростаз ташхиси тасдиқланди.



2.4расм. Ўнг қовурға равоғи остидан сканирлаш; а) кўп қобикли нотуғри айлана шаклдаги хосила аниқланади; б) кундаланг кесимда «нишон» симптоми; в) буйлама кесимда «бутерброд»; г) «сохта буйрак» симптоми.



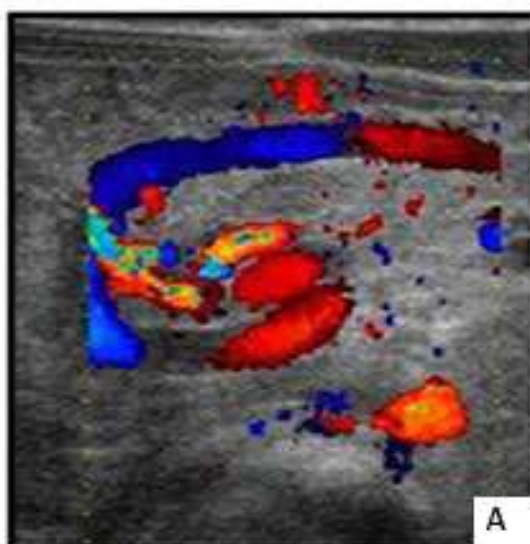
2.5расм. Бемор А., 1.5 ёшда ўтқазилган УТТ тасвири. Қабулхонада ичак инвагинацияси ташхиси қўйилган. УТТ текширувида асосан ичак инвагинацияси мавжудлиги инкор қилинди.

Доплерга хос частоталарни эгри силжишини олишда бир қатор нуқталари белгилаб кўрсатилади. Эгриликнинг максимал кўтарилиши, максимал систолик тезликка (V_{max}), минимал кўтарилиш эгрилиги кейинги кўтарилишдан олдинги – минимал ёки диастолик тезликка (V_{min}) тўғри келади. Қон томирдага қон айланишини баҳолашда шунингдек бошқа индекслар ҳам аниқланади. Оқимнинг максимал ва минимал тезлигини билган ҳолда, резистентлик индекси (RI) ни, ёки периферик қаршилик индекси (Пурселло) ни – максимал ва минимал тезликлар фарқини, минимал тезликка муносабатини аниқлаш мумкин. У патологик процессга боғлиқ ҳолда ўзгариб, периферик қаршиликни ёки кўтарилиши, ёки тушишини кўрсатади.

Ичак деворида қон айланиш кўрсаткичини ўрганиш учун беморларда ЦДКли УТТ 15 та беморда ўтказилди. ЦДК В-режимда икки ўлчамли тасвирга кодланган турли хил рангли йўналиш ва тезликларни кўйишдан иборат. Ранглар тусининг ўзгаришига қараб, қон айланишининг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги ва унинг пасайишини аниқлаш мумкин (3.5расм). ЦДК параметрлари ўзгартирилганда ичак деворининг текширилаётган қисмида қон айланишининг йўқлиги, унда қон айланишининг бузилганлигидан далолат бериб, бошқа маълумотлар билан биргаликда, некрозланган ичакнинг шикастланиши яққол белгисини кўрсатиш имконини берди(3.5 расм).



2.6 расм. Доплер текширувида ичак деворида қон айланиши кузатилмайди



2.7 расм. ИТда рангли карталаш: а) ичак деворидаги циркулятор бузилишларга эга пастки ичак тутилиши ходисалари

ЦДК ёрдамида ичак деворида қон айланишини аниқлаб, кейин эса унинг параметрларини ўлчаш ўтказилган. Бунинг натижасида соғлом одамларда ичак девори ичи артериялари доплерографиясида қон айланишининг қўйидаги кўрсаткичлари олинди.

2.13 - жадвал

Назорат гуруҳидаги ички девор қон айланиши нормал гемодинамик кўрсаткичлари (n=15)

Кўрсаткич	см/сек
Максимал систолик тезлик	26,25±1,98
Минимал систолик тезлик	6,86±0,86
Резистив индекс	0,75±0,02

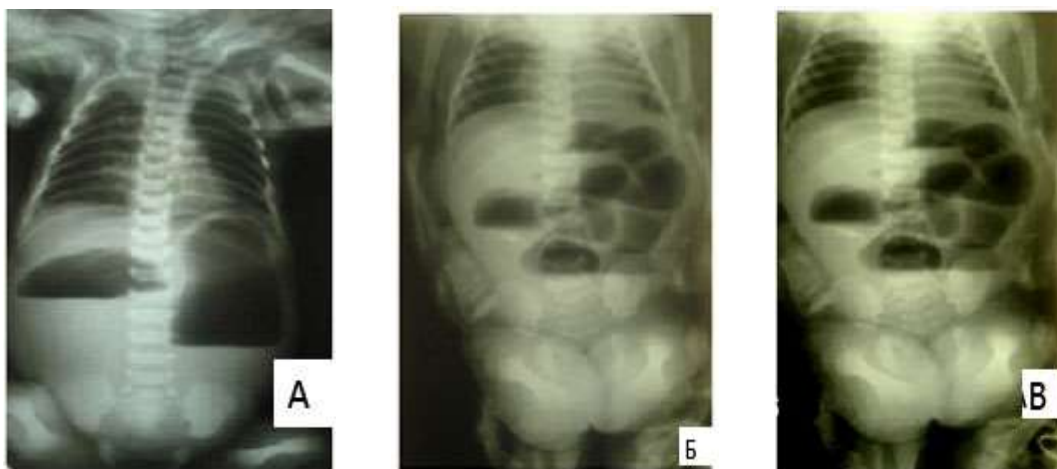
Максимал систолик тезлик 19,2 дан 37,6 см/сек гача, минимал систолик тезлик 3,9 дан 13,2 см/сон гача, резистив индекс 0,61 дан 0,83 см/сонгача ўзгариб туради.

Натижалар тахлили ўткир ичак тутилишлари диагностикасида УТТ усулининг юқори самарага эга эканлиги аниқланди. Ушбу усулнинг афзалликларига уни кенг қўллашга мавжуд бўлган имкониятлар, ҳозирги кунда барча стационар шунингдек поликлиникаларда ультратовушли текширув анжомларининг ва мутахассисларнинг мавжудлиги, шунингдек текширишни сутка давомида ўтказилиши мумкинлиги билан бир қаторда, зарурият туғилганда беморни динамик назоратга олиш ва кузатилаётган ўзгаришларни аниқлаш имконияти мавжуд. УТТ усули ичак инвагинациясини аниқлашда имкониятлари жуда юқорилиги ҳамда странгуляцион ичак тутилишларида ичаклардаги некротик ўзгаришлар мавжудлигини белгилаш асосида оператив муолажага бўлган кўрсатмани танлашда аҳамияти беқиёсдир.

2.6 Ўткир странгуляцион ичак тутилишларида рентген текшириш натижалари тахлили

ЎИТ нинг умумқабул қилинган ва энг самарали усули бўлиб бугунги кунда рентгенологик тиекширишлар ҳисобланади. ЎИТ ни ўз вақтида ва мақсадли ташхислаш учун рентгенологик ўрганишни босқичма-босқич тартибда ўтказиш зарур. Бунда асосий эътибор ингичка ичак тутилишининг механик шаклларини таниб олишга қаратилади, чунки айнан улар шошилиш тактик ечимларни қўллаш зарурияти билан боғлиқдир.

ЎИТ нинг клиник рентгенологик симптомлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: ичаклар пневматози ва улар устида турли диаметрдаги газ пуфакчалари билан суюқлик даражаларининг мавжудлиги (Клойбер косачалари). Косачаларнинг ўлчамлари ва уларнинг қорин бўшлиғидаги сони турлича бўлади(3.7 расм). Уларнинг қорин бўшлиғининг маълум анатомик соҳаларида жойлашиши асосида ичак тутилишининг даражасига баҳо бериш

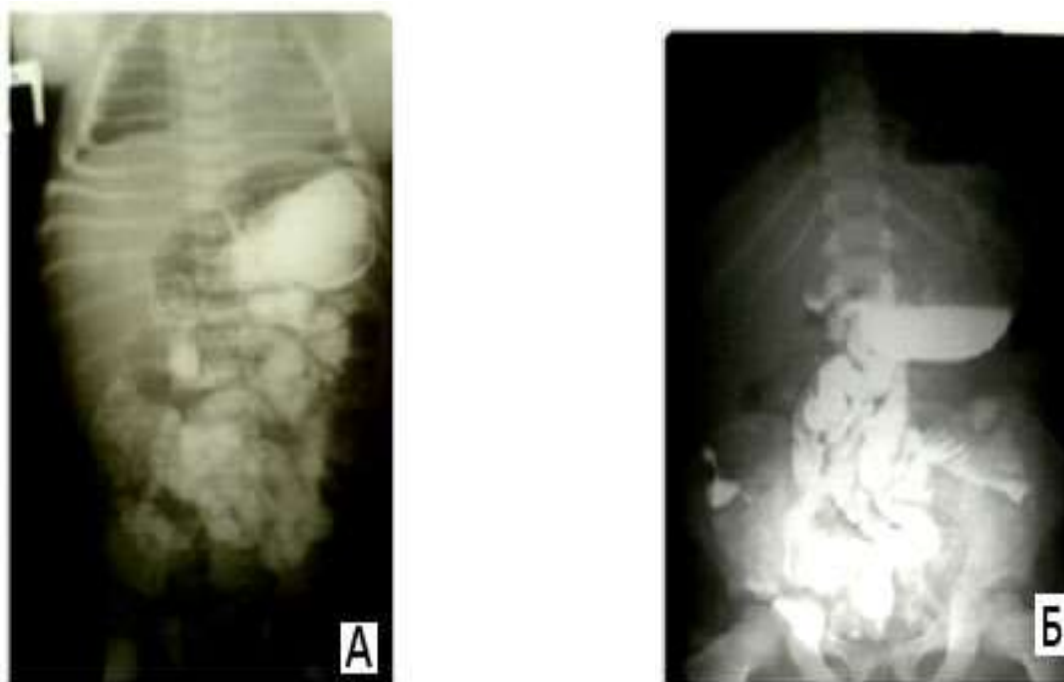


2.8 расм. **Ичак тутилишининг обзор рентгенографияси: а) юқори ичак тутилишида суюқликнинг икки даражаси мавжудлиги; б,в) паст ичак тутилишида кўп миқдордаги горизонтал даражалар;**

мумкин. Кўриш учун рентгенологик ўрганиш ЎСИТ га шубҳа қилинган ҳолда барча 63 та беморда бажарилди. ЎСИТ ташхиси 50 та (79,3 %) беморда тасдиқланди, 13та (20,6%) беморда бирламчи рентгенологик ўрганиш ичак тутилиши борми деган саволга тула жавоб беришга

имкон бермади, фақат такрорий текшириш, айрим ҳолларда эса контрастли текширувлар ташхисни тасдиқлашга имкон берди.

21 та беморда ташхисни тасдиқлаш учун динамик рентгенологик кўрикни ўтказиш талаб қилинди. Уларнинг барчаси аввалроқ қорин бўшлиғида хирургик аралашувни кечирганлар. Бу беморларда дастлабки рентгенологик ўрганишда ЎСИТ нинг мавжудлигига ишончли маълумотлар аниқланмади: 11 та беморда фақат ичакнинг алоҳида қисмида пневматоз мавжуд бўлган, шу боис ошқозон ичак тизимини контрастли текшириш усулини қўллашга туғри келди.



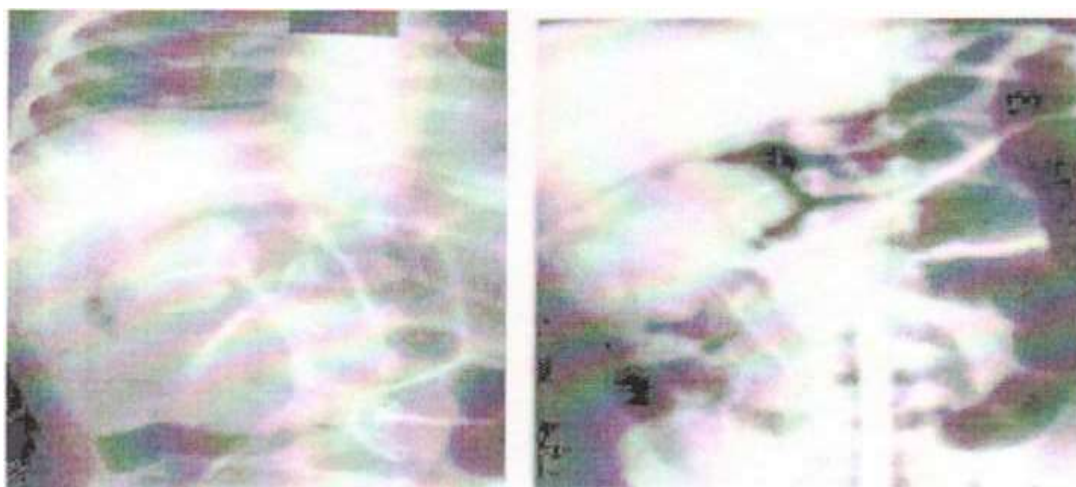
2.9 расм. ОИТ бўйича контраст пассажи: а) қисман юқори ичак тутилиши; б) қисман паст ичак тутилиши

Ичаклар инвагинациясида эрта муурожаат қилган беморлар қорин бўшлиғи умумий рентгенографиясида қўйидаги ичак тутилишига хос белгилар аниқланди: йўғон ичак қовузлоғида газ йўқлиги, инвагинат хисобига гомоген соя ва ингичка ичакларда газ тўпланганлиги аниқланади.



2.10 расм. а) бемор 6 ойлик беморнинг қорин бўшлиғи обзор рентген тасвири: ёнбош-чамбар ичак мураккаб инвагинацияси. Инвагинат сояси L3-L5 да аниқланади. Ингичка ичакларнинг пневматизацияси кучайган; б) ичак ковузлоклари кенгайган, қоринни унғ пастки қисмида ичакларда ҳаво сақланиши камайган.

Ичак инвагинацияларида диагноз беморларда пневмоирригография текширув ўтказилди. Бунда биз беморни енгил наркоз остида ухлатиб, рентген аппарата стол устида горизонтал ҳолатда ётқизиб, Ричардсон балони ва мановакуумметрга уланган резина катетери тўғри ичакка киритилиб 40 -50 мм симоб устунида ҳаво юборилиб рентгенография қилинди. Юборилган ҳаво кўтарилувчи чамбар ичак соҳасидан юқорига ўтмайди ва бу соҳада инвагинат бошчаси аниқланади.



2.11 расм. Ичак инвагинациясида пневмоирригография.

Шундай қилиб ўрганиш натижалари ЎСИТ ни қайд қилиш бўйича рентгенологик усулнинг юқори даражадаги информативликка эга эканлигини кўрсатди. Сохта салбий натижалар кўпроқ касаллик бошланишидан ўтган оз муддатларда ва ЎСИТ нинг юқори даражасида кузатилди. Бундай ҳолатларда ушбу усулнинг ташхислаш имкониятларини кенгайтиришга имкон берувчи контрастлаш усулини қўллаш яхши самара беради.

ЎИТ нинг аниқланган рентгенологик белгилари 63 та беморнинг 38 тасида (63,3%) операция давомида аниқланган ўзгаришларга мос келганлиги аниқланди.

ЎИТ нинг бошланғич босқичларида рентгенологик ўрганиш натижалари шубҳали бўлган ва клиник ҳолатлар мавҳум бўлган ҳолатларда кўпроқ аҳамиятга эга КТ хисобланади(3.12-расм. Аммо шунини таъкидлаш жоизки КТ ни барча стационарларда шунингдек, шошилиш ҳолатларда ўтказиш



2.12 расм. КТ – г)қорин бўшлиғида конгломератнинг пайдо бўлганлиги; д) қориннинг ён томонида ичак тутилиши ҳодисалари конгломерати.

имконияти жуда ҳам чегараланган. Бизнинг назоратимизда бўлган беморларнинг 9 (14,2%) тасида КТ беморда бажарилди ва диагнозга аниқлик киритишга имконият яратди.

II Боб хулосаси

Ушбу боб материаллари тахлили асосида куйидагиларни эътироф этиш мумкин. Турли сабаблар (ортирилган ва туғма аномалиялар) хисобига юзага келувчи странгуляцион ичак тутилишлари асосан чандикли ичак тутилиши хисобига кўп кузатилади ва қисман ёки тулик ичак тутилиши белгилари билан намоён бўлади. Аралиш ичак тутилиш гуруҳига кирувчи ичак инвагинациясида ҳам странгуляция аломатлари кузатилиб бу ҳолат касалликка кеч диагноз қўйилганда ва инвагинацияга олиб келувчи анатомик сабаблар (Меккел дивертикули) мавжудлигида странгуляцияга хос бўлган ичак деворларидаги циркулятор ўзгаришларнинг яққол намоён бўлиши билан кечади.

Странгуляцион ичак тутилишида асосий клиник белгилар сифатида қориндаги хуружсимон оғриқ ва ассиметрия, қусиш, каби аломатларни киритиш мумкин. Беморда ичининг юриши ва газ ажратиши ичак тутилишининг қисман ёки тулик бўлишига қараб турлича намоён бўлади. Ичак инвагинациясида эса аскарият кўп ҳолларда ушбу касалликка хос бўлган учлик симптомлари: қориндаги хуружсимон оғриқ, пайпасланувчи ҳосила, ва тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда қон қолдикларини аниқланиши кузатилади. Ахлат массасида қон миқдорининг кўплиги странгуляцияни кучли эканлигидан далолат беради.

Странгуляцияли ичак тутилишларида бемордаги объектив белги ва субъектив хислардан ташқари ўтказилган қўшимча диагностика усуллари қўлланилганда олинган маълумотларнинг ахамияти ҳам жуда катта. Қўшимча текширишлардан УТТ ва рентгенологик усули кўп қўлланилиб келинмоқда. УТТ да доплерометрик ва рангли карталаш усуллари қўллаш ичакларда юзага келадиган циркулятор ўзгаришларни аниқлашда ахамияти катта. Рентгенологик усуллар ичак тутилишлари ва айнан странгуляцияли ичак тутилишларида ҳам

ханузгача ўз ахамиятини йўқотгани йўқ. Странгуляцияли ичак тутилишларида қорин бўшлиғи рентгенографияси кўп ўтказилади ва бу касалликка хос асосий белгилар сифатида куплаб Клойбер косачаларини аниқланиши ва ровоқ симптоми мавжудлиги характерлидир. Қисман чандиқли ичак тутилишларида қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси қайта ўтказиш ва зарурият туғилганида ошқозонғичак тизимини контраст моддаси билан текшириб ундаги ўтказувчанлик ҳолати аниқланишини тақоза этади.

III БОБ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ

3.1. ЎСИТ ли беморларни операция олди тайёрлаш

ЎСИТ билан беморларни даволаш, ҳозирги кунгача абдоминал хирургиянинг қийин ва охиригача ечилмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

ЎСИТ билан беморларни мажмуавий даволаш натижалари, кўп томонлама касалликни ўз вақтида, эрта ташхислашга боғлиқ.

ИТ билан беморларнинг предоперацион тайёргарлик ҳажми ва таркиби, биринчи навбатда, госпитализация вақти ва умумий ҳолатнинг оғирлиги билан баҳоланади.

Барча ҳолларда тайёргарлик программасини анестезиолог ва хирург сув-электролит алмашинувининг бузилиш оғирлиги, метоболик ўзгаришларнинг яққоллиги, анемия, буйрақлар, жигар, юрак-қон томир, нафас олиш системаларининг функционал ўзгаришлари ва органик шикастланиш даражаларига асосланиб, бирга тузишди. Ичак тутилишида асосий суяқлик йўқотиш, қусиш ва ичак бўшлиғига суяқлик секвистрацияси натижасида вужудга келади.

Операциядан аввалги интенсив инфузион тайёрлаш бемор ҳолатининг оғирлиги, энтерал етишмаслик, эндотоксикоз даражаси ва дисгидратация даражасига боғлиқ бўлди

Дегидратация оғирлиги даражасини ва инфузион терапия таркиби ва ҳажмини аниқлаш учун клинико-лаборатория маълумотлардан ва дегидратация даражасини аниқлашда фойдаланилади.

Назоратда бўлган №63 бемордан 53та- 84,1 % ида оператив муолажа ўтказилди, 10та 15,8-% беморда эса ичак тутилиш аломатлари

консерватив муолажалар ёрдамида бартараф қилишга эришилди. Беморларда ўтказилган даво муолажалари жадвалда келтирилган.

3.1 жадвал

ЎИТ ларида болаларда ўтказилган даво муолажалари

Ўткир ичак тутилиши тури	Консерватив		Консерватив оператив		Оператив	
	Бемор Сони	%	Бемор Сони	%	Бемор Сони	%
	Чандиқли тулик ичак тутилиши					25
Чандиқли қисман ичак тутилиши	7	24,1	4	14		
Инвагинация	3	11,1	10	37,03	14	51,8
Жами	10	17,16	14	25	39	57,9

Оператив муолажа бемор касалхонага ётқизилгандан кейин кўйидаги муддатларда ўтказилди: 2 соат ичида -23та-43,3 %; 2-4 соат мобойнида – 17та -32%; 4-8 соат мобайнида – 13та-24,5 %.

Консерватив муолажа 7та-11,1 % беморларда ўтказилди. Улар қисман чандиқли ичак тутилишига чалинган беморлар бўлиб, ўтказилган тадбирлар: ошқозон декомпрессияси, сув –электролит алмашинувидаги бузилишларни бартараф қилишга қаратилган инфузион терапия, спазмолитик (ношпа, платифиллин) таъсир кўрсатувчи дори моддаларини қўллаш, тозоловчи хукна ўтказиш воситасида беморларда оғриқ интенсивлигини камайиши ва қушишни тухташи, беморда ахлат ва газ ажралишини тикланиши кузатилди.Ушбу ижобий натижа

кузатилганда беморларни актив кузатиш назорати олинди ва ошкозон-ичак фаолиятини мутадиллаштирувчи консерватив муолажа давом эттирилди. Якуний ижобий натижа ушбу гуруҳга кирган 11 беморнинг 7тасида -11,1% кузатилди, 4 - % беморда эса қисман ичак тугилиши алааматларини сақланиб қолганлиги учун 8-16 соат актив назоратдан кейин операция муолажаси ўтказишга тўғри келди. Ичак инвагинацияси билан назоратимиздаги 27 бемордан 13 (20,6 -%) тасида пневмоирригография ўтказишда консерватив дезинвагинация қилишга ҳаракат қилинди ва 3-(4,7%) беморларда инвагинацияни бартараф қилишга эришилди. Консерватив дезинвагинацияни муваффақиятли амалга ошириш учун муолажани ўтказишга қадар 20-30минут олдин бемор ёшига мос ҳолда премедикация ўтказиш ва рентген назорати остида ичак ичи босимини аста-секинлик билан ошириб борилди. Ичак инвагинациясида консерватив даво касаллик бошланганидан 24 соатгача бўлган вақт ичида муружаат қилган беморларда кўрсатма деб олдик. 24 соатгача вақт ичида беморларнинг 17 таси (27%) муружаат қилган. Бу беморларда ташхислаш пневмоирригография билан кетма-кет консерватив даво ҳам ўтказилиб 3 (4,7%) та беморда ижобий натижага эришилди. Консерватив даво рентген хонасида диагностик пневмоирригографиядан сунг беморларда енгил наркоз остида ухлатилгач ичак ичи босимини 60-80 мм. сим. уст. да кўтарилган ҳолда олиб борилди. Бунда рентген экрани кузатуви остида инвагинат тўғриланиши назорат қилинди. Хаво ингичка ичакка ўтгач, муолажа тухтатилиб. тўғри ичакка резина хаво чиқаргичи қолдирилди.

Консерватив дезинвагинацияга қарши кўрсатма бўлиб перитонит аломатларининг мавжудлиги (4 беморда) ҳамда инвагинат бошини тўғри ичак орқали ташқарига чиқиши (1 беморда) ҳисобланди. Бундай асоратлар беморларда диагнозни кеч аниқланиши билан боғлиқ бўлиб, улар хирургик стационарга касаллик бошланғич белгиларини пайдо

бўлганидан кейин 3-4 кундан кейин мурожат қилиганлиги билан изоҳланади. Беморларнинг шифохонага кеч муурожаат қилиши ва бошқа ташхислар билан нопрофил шифохоналарда даволаниши оқибатида ичак инвагинацияси ташхиси билан 10 та (15,8%) беморларда оператив муолажа ўтказилди. Консерватив даво бўлмаган ҳолатларда тўғри ичакка резина хаво чиқаргичи қолдирилиб оператив давога ўтилди. Лапаротомия асосан ўнг томонлама трансректал кесим билан ўтказилди.

Ичак инвагинациясида уни келтириб чиқарган сабаби ҳамда юзага келган асоратларнинг турига қараб турлича операциялар ўтказилишини тақоза этди.

3.2 жадвал

Ичак инвагинациясида беморларда ўтказилган даво муолажалари

Муолажа тури	Сони	%
Консерватив дезинвагинация	3	11,1
Оператив		
а) дезинвагинация	12	44,4
б)дезинвагинация, ичак резекцияси ва анастомози	8	29,6
в)дезинвагинация, ичак резекцияси ва стома куйиш	4	14,9
Жами	27	100

Назоратдаги беморларда ичак инвагинациясини келиб чиқишида қўйидаги омиллар сабаб бўлганлиги аниқланди: а) алиментар - 18 та (66,6%); б) мезаденит - 4 та (13,4%); в) сеасит mobile - 3 та (13,4%); г) Меккел дивертикули - 1 та (3,3%); ингичка ичак полипи - 1 та (3,3%). Ичак инвагинацияси Меккел дивертикули ёки ичак полипи туфайли юзага келганда 2 беморда ичак резекциясини ўтказишни талаб қилди. Ичак резекцияси ўтказилган 12 беморларнинг 8 тасида операция ичак

бутунлигини учма-уч анастомоз қўйиш билан яқунланди. 4та беморда ўтказилган ичак резекциясидан кейин мавжуд бўлган асорат перитонит туфайли стома қўйишга туғри келди.

Странгуляцияли ичак тугилишларида ўтказилган операциялар ичак инвагинациясида ўтказилган операциялардан фарқ қилади ва странгуляцияни юзага чиқарган сабаб билан боғлиқ бўлди (4.3 жадвал). Странгуляция 29 беморда бир ёки кўплаб чандиқ тутамлари билан ичакни сиқилиши, 25 беморда эса ичаклар аро хосил бўлган чандиқлар хисобига ичак деворида юзага келган трофик ўзгаришлар (4.1 расм) сифатида кузатилди.

3.3 жадвал.

Странгуляцияли ичак тугилишларида ўтказилган операциялар характери

Операция тури	Беморлар сони	%
Ягона арқонсимон чандиқни кесиш	4	16
Кўплаб чандиқларни кесиш	8	32
Ичаклар аро битишмаларни бартараф қилиш	6	24
Чандиқни кесиш, ичак резекцияси ва анастомози билан	4	16

Чандиқни кесиш, ичак резекцияси ва оқма ҳосил қилиш	3	12
Жами	25	100



3.1 расм. Ичаклар аро чандиқларда ичак деворидаги трофик ўзгаришлар.

Чандиқли ва аралаш ичак тутилишларида ичак резекцияси 7та (28 %) беморда ўтказилди унга бўлган кўрсатма ичаклардаги некротик ва кескин трофик ўзгаришлар (2 – 3,1%) ҳамда ичакларнинг турли қисмларида кузатилган ўсма ва турли анатомик ўзгаришлар (Меккел дивертикули - 1; ичак полиплари - 1; сабабли амалга оширилди. Ичак резекцияси ўтказилган беморларнинг 4 та 6,3 % фоизида операция ичаклар бутунлигини тиклаш яъни учма-уч анастомоз қўйиш билан яқунланди. Ичак тутилишининг перитонит билан асоратланган ҳолатларида эса 5та 7,9 % беморда ичакнинг некрозга учраган қисми резекция қилинган операция ингичка ичакада қўшалок илеостома қўйиш билан яқунланди. Бундай ҳолатларда беморнинг умумий ахволини ҳисобга олган ҳолда ичак оқмасини бартараф этиш 1,5- 2 ойлик танафусдан кейин режали равишда амалга оширилди. Ингичка ичакни резекцияси (а) ва ингичка ичак анастомозини ҳосил қилишни бошлаш (б) атравматик нина ва сўрилувчи чок материали викрил 3\00 дан фойдаланилди.

Назоратдаги 63та беморнинг 7тасида (11,1%) странгуляцияли ичак тутилиши турлича туғма нуқсонлар (ичаклар мальротацияси, ички чурра, сариклик йўлининг патологиялари) туфайли ичакларнинг буралиб қолиши ёки ташқи сиқилиши туфайли юзага келганида (4.2-4 расмлар) тегишли тарздаги операция муолажалари утказилди. Ички чуррада – чуррани бартараф қилиш, ичак тутқич дефектини тикиш; мальротацияда(ингичка ичак буралишида) некротик сохада ичак резекцияси учма-уч анастомоз билан; сариклик йули атрофидаги странгуляцияда – чандикни бартараф қилиш каби операция муолажалари утказилди.

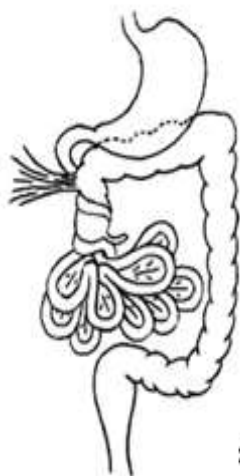


А



Б

3.2 расм.Бемор 6 ёшли Ш.да сигмасимон ичак стенозининг трансмезентериал чурра билан қўшилганлиги, касаллик тарихи №2008: а) сигмасимон ичак стенози; б) тутқич нуқсони ва у орқали кўчган ингичка ичак қоузлоғи



а



б



в

3.3 расм. ингичка ичакнинг ўралган бурамаси:

а) патология чизмаси

б-в) операция вақтидаги расм:

б) ингичка ичакдаги буралиш;

в) ичак тутқичда ва қоузлоғидаги лимфовеноз стази.



3.4 расм Сариклик йўлининг қолдиғи билан ингичка ичак қоузлоғининг босиб қўйилиши

Странгуляцияли ичак тутилишларида ўтказилган операциялардан кейин қайта чандиқланишни олдини олиш учун ичак қоузлокларини гидрокортизон эритмаси билан ювиш ва бу муолажани операциядан кейин давом эттириш учун қорин бўшлиғига қолдирилган дренаж найи орқали 3-4 кун мобайнида қорин бўшлиғига гидрокортизон эритмасини юбориш давом эттирилди. Чандиқланишни олдини олишда эрта муддатларда ўтказилган физиотерапевтик муложаларнинг ҳам самараси юқори бўлади. Қорин бўшлиғида ўтказилган операциялардан кейин чандиқли ичак тутилишни олдини олишда марказий гемодинамикани стабиллаштиришга эришилгач ичак перистальтикасини кучайтиришнинг ахамияти жуда ката хисобланади. Ичак перистальтикаси қайта тикланиши ва фаоллашуви учун беморда адекват оғриқсизлантириш, ва прозерин билан стимуляция ўтказилиши ва гипокалиемиyani коррекциялаш асосий ўрин тутди.

Беморларда операциядан кейинги даврда ўтказилган даво муолажалари қўйидагилардан иборат бўлди:

- ичак фалажланишини бартараф қилиш ва қайта ривожланишини олдини олиш;
- ичак парези бартараф қилингунча оғиз орқали суюқлик қабул қилишни тўхтатиш;
- назогастрал зонд билан ошқозонни декомпрессия қилиш;
- волемик, электролит, оқсил танқислиги ва кислота асосли ҳолатни мутдиллаштириш мақсадидаги инфузион терапия ўтказиш;
- гемодинамика, нафас олиш ва МВБ фаолиятини монитор назоратига олиш;
- буйрак, жигар, юрак ва ўпка фаолиятини оптимал даражада таъминлашга эришиш;
- антибиотикотерапия ўтказиш

III Боб хулосаси

Ичак инвагинациясида 3 беморда ўтказилган консерватив дезинвагинациядан кейин бита беморда 2 кундан кейин қайта ичак тутилиш аломатлари пайдо бўлганда операция муолажаси ўтказилди. Операцияда ичак инвагинацияси ичак полипи ҳисобига юзага келганлиги аниқланиб, операция ичакнинг қайта резекциясидан кейин учма-уч анастомоз қўйиш билан яқунланди. Инвагицияни оператив даволашдан кейин хирургик асоратлар кузатилмади.

Странгуляцияли ичак тутилишларида эса беморларнинг аскарият кўпчилигида операциянинг дастлабки кунларида ичак парези аломатлари кузатилди ва ўтказилган консерватив муолажалар ҳисобига ижобий самара олинди.

Назоратда булган беморлар ўртасида ўтказилган консерватив ва оператив муолажалардан кейин ўлим ҳолатлари кузатилмади.

ХОТИМА

Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) кўп йиллардан бери шошилич хирургиянинг энг мураккаб ва долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижалари клиницистларни қониқтирмайди ва яхшилашни талаб қилади. Механик ичак тутилиши тузилмасида странгуляцион ичак тутилиши 74% ни ташкил қилади, шундан битишмали тури – 52,5% ни, буралиб қолиш – 12% ни, тугун ҳосил бўлиши – 5,6% ни, қисилиш – 9,9% ва аралаш тури ичак инвагинацияси 20% ни ташкил қилади.

ЎСИТ 1ёшгача бўлган болалар ўртасида нисбатан кўп учраганлиги, 1-7 ёшли болалар ўртасида эса деярли яқин кўрсаткичларда кузатилиб 11-13 % ташкил қилди, 11 ёшдан бошлаб эса камая бошлашини кўрсатади.

Назоратдаги беморларда ЎСИТ турли сабаблар натижасида юзага келганлиги аниқланди. Касаллик 28та (44,4%) беморларда уларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари бўйича ўтказилган шошилич операциялардан кейин юзага келган чандиқли ичак тутилиши билан боғлиқлиги аниқланди. Чандиқли ичак тутилиши 15та (23,80 %) беморларда эса қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган режали операциялардан кейин кузатилди. Бундай ҳолат асосан ичакларнинг турли туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги - 2та(13,3%); долихоколон - 4та(26,8%) бўйича, 2 беморда (13,3%) эса ичакнинг тубуляр иккиланиши сабабли йўғон ичак резекцияси ўтказилган беморларда кузатилди.

ЎСИТ 7та (46,6 %) беморда эса турлича туғма нуқсонлар (ичаклар мальротацияси, ички чурра, сариклик йўлининг патологиялари) туфайли ичакларнинг буралиб қолиши ёки ташқи сиқилиши туфайли юзага келганлиги аниқланди.

27та (42,8%) беморда эса механик ичак тутилишининг аралаш турига кирувчи ичак инвагинацияси кузатилди. Ичак инвагинацияси келиб чикиш сабаблари бизнинг маълумотларга кўра кўйидагича деб баҳоланди: алиментар - 15 (55,6%); мезаденит - 5 (18,5%); Сесум mobile – 4 (14,8%); Меккел дивертикули - 2 (7,4%); ингичка ичак полипи - 1 (3,7%). Назоратимиздаги 63 бемордан 53та (84,1 %) тасида тулик, 10таси (15,8%) да эса қисман ичак тутилиши кузатилди.

СИТ клиник кўринишлари турлича бўлиб, ҳар бир кузатувдаги беморда клиник вазият таҳлили нафақат диагноз кўйишга йўналтирилган бўлиши, балки ичак тутилиши билан асоаланган маҳаллий ва умумий патологик ўзгаришларнинг оғирлиги ва босқичларини аниқлашга ҳам йўналтирилиши лозимлигини кўрсатди.

Натижалар таҳлили ўткир ичак тутилишлари диагностикасида УТТ усулининг юқори самарага эга эканлиги аниқланди. Ушбу усулнинг афзалликларига уни кенг қўллашга мавжуд бўлган имкониятлар, ҳозирги кунда барча стационар шунингдек поликлиникаларда ультратовушли текширув анжомларининг ва мутахассисларнинг мавжудлиги, шунингдек текширишни сутка давомида ўтказилиши мумкинлиги билан бир қаторда, зарурият туғилганда беморни динамик назоратга олиш ва кузатилаётган ўзгаришларни аниқлаш имконияти мавжуд. УТТ усули ичак инвагинациясини аниқлашда имкониятлари жуда юқорилиги ҳамда странгуляцион ичак тутилишларида ичаклардаги некротик ўзгаришлар мавжудлигини белгилаш асосида оператив муолажага бўлган кўрсатмани танлашда аҳамияти беқиёсдир.

ЎСИТ диагностикасида рентгенологик усулнинг юқори даражадаги информативликка эга эканлигини кўрсатди. Сохта салбий натижалар кўпроқ касаллик бошланишидан ўтган оз муддатларда ва ЎСИТ нинг

юқори даражасида кузатилди. Бундай ҳолатларда ушбу усулнинг ташхислаш имкониятларини кенгайтиришга имкон берувчи контрастлаш усулини қўллаш яхши самара беради.ЎИТ нинг аниқланган рентгенологик белгилари 63 та беморнинг 38 тасида (63,3%) операция давомида аниқланган ўзгаришларга мос келганлиги аниқланди.ЎИТ нинг бошланғич босқичларида рентгенологик ўрганиш натижалари шубҳали бўлган ва клиник ҳолатлар мавҳум бўлган ҳолатларда КТ ўтказилди.

ЎСИТ ларида операция олди тайёгарлиги ҳажми ва таркиби бемор умумий ҳолатининг оғирлиги билан баҳоланади. Операциядан аввалги интенсив инфузион тайёрлаш бемор ҳолатининг оғирлиги, энтерал етишмаслик, эндотоксикоз даражаси ва дисгидратация даражасига боғлиқ бўлди.

Консерватив муолажа 7та-11,1 % беморларда ўтказилди. Улар қисман чандиқли ичак тутилишига чалинган беморлар бўлиб, ўтказилган тадбирлар: ошқозон декомпрессияси, сув –электролит алмашинувидаги бузилишларни бартараф қилишга қаратилган инфузион терапия, спазмолитик (ношпа, платифиллин) таъсир кўрсатувчи дори моддаларини қўллаш, тозоловчи хукна ўтказиш воситасида беморларда оғриқ интенсивлигини камайиши ва қусишни тухташи, беморда ахлат ва газ ажралишини тикланиши кузатилди.Ушбу ижобий натижа кузатилганда беморларни актив кузатиш назорати олинди ва ошқозон-ичак фаолиятини мутадиллаштирувчи консерватив муолажа давом эттирилди. Якуний ижобий натижа ушбу гуруҳга кирган 11 беморнинг 7тасида -11,1% кузатилди, 4 - % беморда эса қисман ичак тутилиши аламотларини сақланиб қолганлиги учун 8-16 соат актив назоратдан кейин операция муолажаси ўтказишга туғри келди.

Ичак инвагинацияси билан назоратимиздаги 27 бемордан 13 (20,6 - %) тасида пнневмоирригография ўтказишда консерватив

дезинвагинация қилишга ҳаракат қилинди ва 3-(4,7%) беморларда инвагинацияни бартараф қилишга эришилди.

Ичак резекцияси ўтказилган беморларнинг 4 та 6,3 % фоизида операция ичаклар бутунлигини тиклаш яъни учма-уч анастомоз қўйиш билан яқунланди. Ичак тутилишининг перитонит билан асоратланган ҳолатларида эса 5та 7,9 % беморда стома куйишга туғри келди.Странгуляцияли ичак тутилишларида ўтказилган операциялар ичак инвагинациясида ўтказилган операциялардан фарқ қилади.

Беморларда операциядан кейинги даврда антибиоткотерапия; ичак фалажланишини бартараф қилиш ва қайта ривожланишини олдини олиш; ичак парези бартараф қилингунча оғиз орқали суюқлик қабул қилишни тўхтатиш; волемик, электролит, оксил танқислиги ва кислота асосли ҳолатни мутдиллаштириш мақсадидаги инфузион терапия ўтказиш; гемодинамика, нафас олиш ва МВБ фаолиятини мониторинг назоратига олиш; буйрак, жигар, юрак ва ўпка фаолиятини оптимал даражада таъминлашга эришиш буйича тадбирлар олиб борилди.

Странгуляцияли ичак тутилишларида эса беморларнинг аскарият кўпчилигида операциянинг дастлабки кунларида ичак парези аломатлари кўзатилди ва ўтказилган консерватив муолажалар ҳисобига ижобий самара олиниши кузатилди.

Назоратда булган беморлар ўртасида ўтказилган консерватив ва оператив муолажалардан кейин ўлим ҳолатлари кузатилмаслиги амалиётга тадбиқ қилинган диагностика ва даволаш тактикасини самарадорлигидан далолат беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Болаларда ўСИТ механик ичак тутилишининг асосий қисмини ташкил қилиб у 36та 57,1% да странгуляциянинг алохида турлари шаклида ва 27та 42,8 % беморларда ичак инвагинацияси сифатида намоён бўлади.

2. СИТ туғма (15та 23,8%) ва ортирилган (4та 6,3%) омиллар натижасида юзага келиб, қисман (3та 5%) ёки тулиқ (5та 8%) ичак тутилиши билан намоён бўлади, № 16 та 25,39% беморларда эса странгуляция туфайли юзага келган ичак некрози ва кучли трофик ўзгаришлар перитонит аломатларини юзага келтиради.

3. СИТ диагностикасида рентгенологик ва УТТ қушма натижалари асосий ўрин тутди, доплерометрик текширувлар эса ичаклардаги трофик узгаришларни ва операцияга бўлган кўрсатмани аниқлашда мухим ахамиятга эга.

4. СИТ оператив тактик кўрсатма касалликни кечиши ва характерига боғлиқ бўлиб, ичак тутилишини ва юзага келган асоратларни бартараф этишда алохида ёндошувни тақазо этади. 46та 73% холатда операция радикал, 7та 11,1% беморларда эса паллиатив (оқма қўйиш) равишда яқунланади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1.СИТ салмоғини камайтириш ва олдини олиш учун қорин бўшлиғи ўткир ва режали касалликларини эрта ташхислаш ва тегишли операция ўтказиш, ҳамда оператив муолажанинг дастлабки кунларидан бошлаб ичаклар перистальтикасини эрта тикланишига қаратилган тадбирлар ўтказилиши зарур.

2.СИТ ва ичак инвагинациясида перитонит клиник белгилари кузатилмаганда даво муолажалари консерватив тадбирлардан бошланиши зарур. Ўткир ичак тутилиши белгиларини сақланиб қолиши оператив муолажага кўрсатма ҳисобланади.

3.Операциядан кейинги даврда чандиқланишга қарши режали физиотерапия муолажаларини мунтазам равишда ўтказилиши, қайта чандиқланишларни камайтиради.

ЧОП ЭТИЛГАН МАҚОЛА ВА ТЕЗИСЛАР

Диссертация мавзуси бўйича 1 та мақола ва 2 та тезис чоп этилган:

МАҚОЛА 1. Н.Ш.Эргашев, И.Х.Ашуров, Б.Х.Хамидов, А.У.Бозоров. Оптимизация лечебно-диагностической тактики при странгуляционной кишечной непроходимости у детей. Новости дермотовенерологии и репродуктивного здоровья. Централноазиатский научно-практический журнал. issn 2091-5969. 2015, № . стр. 56-60;

ТЕЗИС 1. И.Х.Ашуров. М.М.Норов. Б.Х.Хамидов. Комплексное лечение Острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Ёш олимларнинг “Соғлом авлод йили”га бағишланган “XXI аср интеллектуал авлод асри”шиори остидаги “тиббиётнинг долзарб муаммолари” туғрисида илмий амалий анжуман. Тош ПМИ Тошкент шаҳар 2014 й с 59;

ТЕЗИС 2. И.Х.Ашуров. А.У.Бозоров. Б.Х.Хамидов. Оптимизация диагностики ишемического реперфузионного синдрома при острой странгуляционной кишечной непроходимости. Ёш олимларнинг “Соғлом авлод йили”га бағишланган “XXI аср интеллектуал авлод асри”шиори остидаги “тиббиётнинг долзарб муаммолари” туғрисида илмий амалий анжуман. 2014 й с 58 Тош ПМИ Тошкент шаҳар 2014 й с 59;

КЎРСАТМАЛИ АДАБИЁТЛАР

Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг асарлари

1 Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримов “Бош мақсадимиз кенг кўламли ислохатлар ва модернизация йўлини қатъият билан давом эттириш” мавзусидаги маърузани ўрганиш бўйича ўқув кўланма. Тошкент-2013. С.234

Асосий адабиётлар

2 А.С.Сулаймонов. Болалар хирургияси 2000. С 186.

3 Алиджонов Ф.Б. Острая кишечная непроходимость после резекции желудка и пилороразрушающих операций / Ф.Б. Алиджонов, М.Х. Хаджибаев, В.В. Ступин // Хирургия.-2006.-№4.-С.39-41. .

4 Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. «Детская хирургия» 1997. Т2. С. 93-96

5 А.В. Кравец // Весник СумДУ. Серия медицина, Т.1 № 2 – 2008, С. 53-55.

6 Белоконев В.И. Осложнения релапаротомий у больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости / В.И. Белоконев, А.М. Савин, Е.П. Измайлов //Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С. 145-146.

7 Брискин Б.С. Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость / Б.С. Брискин, С.Б. Поляков //Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С. 148-149.

8 Баиров 1 А. «Срочная хирургия детей» М. 1997.С. 165.

Қўшимча адабиётлар

- 9 Блажитко Е.М. Причины поздних оперативных вмешательств при спаечной непроходимости кишечника / Е.М. Блажитко, А.И. Бромбин, Г.Н. Толстых //Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С. 146.
- 10 Белоконев В.И. Осложнения релапаротомий у больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости / В.И. Белоконев, А.М. Савин, Е.П. Измайлов //Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С. 145-146.
- 11 Бабкова И.В., Мишукова Л.Б., Ларичев С.Е. Ультразвуковая диагностика нарушения внутрисстеночного кровотока при острой тонкокишечной непроходимости с помощью доплерографии // Медицинская визуализация. - 2000.№3.-С.5-9.
- 12 Буянов В.М., Иштутинов В.Д., Дорошев И.А. Ультразвуковое исследование в диагностике механической кишечной непроходимости //Медицинская радиология.-1993.-№8.-С. 11-13.
- 13 Возможности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости /Н.А. Кузнецов [и др.]// Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.182
- 14 Влияние метода УЗИ на выбор тактики и объема оперативного лечения больных с ОТКН / Т.И. Тамм [и др.]// Материалы II Городской научно-практической конференции хирургов с международным участием «Современные технологии в неотложной хирургии органов брюшной полости».-Душанбе,2007.-С.155-158.
- 15 Гринёв М.В. Ишемия универсальный механизм патогенеза критических состояний неотложной хирургии / М.В. Гринёв, А.В. Бромбер // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, №4. – С. 94-100.

- 16 Диагностика и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости /В.К. Гостищев [и др.]// Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.158.
- 17 Даценко Б.М. Ультразвуковая диагностика ранних форм послеоперационного перитонита / Б.М. Даценко, Т.И. Тамм, А.Я. Бардюк //Тезисы докл. Первого Московского международного конгресса хирургов.- Москва.-1995.-С.23-24.
- 18 Дорошев И.А., Буянов В.М., Титкова И.М. Прогностическое значение ультразвукового исследования в диагностике острой механической тонкокишечной непроходимости // Современные методы ультразвуковой диагностики заболеваний сердца, сосудов и внутренних органов. Тез. докл. - М., 1996.-203 с
- 19 Даценко Б.М., Пулатов А.К., Довженко А.Н., Улитин В.А. Пути оптимизации диагностики и лечения рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью // Актуальные проблемы колопроктологии. — Н. Новгород, 1995. — С. 93 - 95. 7
- 20 Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость / Ерюхин И.А., В.П. Петров, М.Д. Ханевич //—Санкт-Петербург: «Питер»,-1999.-448с.
- 21 Ермолов А.С. Синдром кишечной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии. / А.С. Ермолов [и др.]// Москва 2005.-000.Мед.Экспресс Превас.-460 с.
- 22 Ерохина А.П., Слынько Н.А. и др. «Детская хирургия» 2000. №3. С.52
- 23 И.Папова, Г Жидавинова// Неотложная хирургия груди и живота С-102. 2002г/
- 24 Исаков Ю.Ф. Хирургическая болезни детского возраста. - М.: Медицина, гетр-мед 2004; 1-2 том 632 стр.
- 25 Исаков Ю.Ф., «Абдоминальная хирургия у детей» М. 2005г.

- 26 Курбонов К.М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / К.М.Курбонов, М.К. Гулов, И.Г. Нурназаров //Вестник хирургии.-2006.-№3.-с.54-57.
- 27 К вопросу диагностики острой кишечной непроходимости / В.П. Кравец,
- 28 Карякин А.М. Энтеральное зондовое питание у больных, оперированных по поводу странгуляционной кишечной непроходимости / А.М. Карякин, М.А. Иванов // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.172
- 29 Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей. - С.-Пб.: "Питер", 1997.-С. 139-164.
- 30 Кузин ред .М.И., М. Хирургические болезни, 2-е издание Медицина, 1995г
- 31 Литтманн И. Брюшная хирургия. - Академия наук Венгрии, Будапешт.1983 г,471 ст
- 32 Милюков В.Е. Гемоциркуляторные нарушения в патогенезе несостоятельности энтеро-энтероанастомоза / В.Е. Милюков, М.Р. Сапин, Н.А. Ефименко //.-Хирургия.-2003.-№8.-С.35-36
- 33 Майоров М.И. Клинические аспекты острой кишечной непроходимости: автореф. дисс.докт. мед. наук: 14.00.27 / М.И. Майоров.-М., 2003.-30 С.
- 34 Митькова . В.В. Под ред. IV том. - Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / М.: Видар, 1997. - 388 с.
- 35 Магнитно резонансовая томография в комплексной диагностике и выборе лечебной тактики у больных с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны. / В.И.Малярчук, В.П.Русанов, В.А.Иванов// Анализ хирургической гепатологии: мат. юбилейной межд. Конференции гепатологов России и стран СНГ.- 2003.- № 2.- С.143-244.

- 36 Макаров К.И. Хирургическое лечение острой кишечной непроходимости / К.И. Макаров, С.С. Ганиходжаев, Г.В. Хан // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.192.
- 37 Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости / А.Г. Бебуришвили [и др.]//Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С. 143-144.
- 38 Оптимизация методов диагностики и выбора хирургической тактики при острой кишечной непроходимости/ В.М. Тимербулатов [и др.]// Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.- С.217.
- 39 Оценка клинической эффективности периферической электрогастроэнтерографии в диагностике острой тонкокишечной непроходимости / П.М. Косенко, Д.С. Чернышов //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, №1 (53), 2007, С. 179-180.
- 40 Перминова Г.И. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника / Г.И. Перминова, В.Г. Бастатский // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.202
- 41 Петров В.Ф. Некоторые пути улучшения результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью / В.Ф. Петров //Экспер. и клин. иммунология и аллергология.- Чебоксары.- 1985.-С.101-102.
- 42 Рошаль Л.М. «Инвагинация кишок в детском возрасте (клиника, диагностика и лечение)»: Дисс.канд.мед.наук. М. 1964.
- 43 Результаты формирования межкишечных анастомозов при кишечной непроходимости /С.С. Максин [и др.]// Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.193-194.
- 44 Романов Э.И. Причины летальных исходов при острой кишечной непроходимости/ Э.И. Романов, А.В. Шахов //Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов.- Волгоград.-2000.-С.206-207.
- 45 Рачинский С.В. "Спаечная болезнь" Лекции по хирургическим

болезням.

46 Саввина В.А., Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Голоднко Н.В., Николаев В.Н., Гассан Т.В. Межкишечные анастомозы у новорожденных. //Детская хирургия. - 2003. - №2. - С.6-9

47 Турли ёшдаги болаларда битишмали касалликлар муаммосига янгича ендашиш. Салимов Ш.Т. Факиров А.З. Бердиев Э.А. Педиатрия .Илмий амалий журнал № 3-4 2007

48 Т.В. Красовская Ультразвуковая диагностика и мониторинг острой кишечной непроходимости // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Материалы 3-й Российской гастроэнтерологической недели. - 1997. - Т.7. - N5. - 258 с.

49 Хирургическая болезнь у детей. И.Попова, Г. Жидовинов 2002 й

50 Bisset R.A.L. Differential Diagnosis in Abdominal Ultrasound / R.A.L. Bisset, A.N. Khan // Bailliere Tindall.- London.- 2000.- P.254.

51 Berry C.E. Xentine oxidotereductase und cardiovagenbare diaeose molecular mechanigui and patophisiogocal inplica dians / C.E.Berry, J.M. Hare //Phisiol (Land) 2004, 55. P.589-606

52 Bisset R.A.L. Differential Diagnosis in Abdominal Ultrasound / R.A.L. Bisset, A.N. Khan // Bailliere Tindall.- London.- 2000.- P.254.

53 Meiser C. Intermittent incomplete intestinal obstruction: a frequently mistaken entity. Ultrasonographic diagnosis and management / C. Meiser, K. Meissner // Surg. Endoscopy. - 1989. - v. 3, N 1. - P. 46-50,220.

54 Senlin P. Small Intestine obstruction. Physiopathology, etiology, diagnosis, treatment / P. Senlin // Rev. Prat.- 2005.- N.17.- P.1927-1932.

55 Dubbins P.A. The gastrointestinal tract / P.A. Dubbins // Gastrointestinal Ultrasonography/ Kurtz A.B., Goldberg B.B. (eds). New York: Churchill Livingstone, 2004. P.195.